Rok XXXIX. Kraków, 24 Lutego 1900. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni histologiczno-embryologicznej c. k. Uniwersytetu lwowskiego pod dyrekcyą prof. Dra Szymonowicza.

O konjugacyjnej teoryi Morgensterna.

Napisał

Dr. A. Gońka.

Histogeneza tkanek, wchodzących w skład i budowę zęba u zwierząt ssących, przedstawia jeszcze dotąd bardzo wiele wątpliwości i sprzeczności, pomimo że skrzętnych i dokładnych badań w tym kierunku piśmiennictwo dostarcza niepomierną ilość. Różnorodność zapatrywań daje się tem wytłómaczyć, że pierwiastkom, z których owe tkanki powstają, przypisują badacze coraz to inne i odmienne znaczenie, stawiając hipotezy i tworząc teorye, nieraz na to tylko, by je w danej chwili porzuciwszy, po pewnym czasie znowu do nich powrócić. Tym sposobem sprawę niewiele naprzód posuwając, pozostawia się ciągle jeszcze otwarte pole do nowych badań, sprawdzających dawne spostrzeżenia, lub wydobywając na jaw nowe, a co zatem idzie, w ślad za niemi powołując do bytu coraz to nowsze teorye. Jak dalece twierdzenie to odpowiada rzeczywistości, dość powiedzieć, że sposób, w jaki z odontoblastów wytwarza się zębina, znalazł swój wyraz aż w pięciu teoryach, z których jak dotąd, żadna nie cieszy się ogólnem uznaniem na dowód, że każda z nich na tym lub owym punkcie niewytrzymuje krytyki, lub że nie jest zgodną z spostrzeżeniami innych badaczy. Odpowiednio do zasadniczej sprawy, o której wytłómaczenie i wszechstronne wyświetlenie idzie, teorye te podzielić można na dwie gromady. Według pierwszej zębina jest produktem wydzielniczym odontoblastów; gromada druga obejmuje te teorye, których przewodnią myślą jest, iż odontoblasty zatracają samoistny byt, aby w całości lub częściowo przemienić się w istotę podstawową zębiny.

Na tem miejscu nie od rzeczy, sądzę, będzie streścić pokrótce wszystkie te dotąd istniejące teorye.

Nestor i twórca histologii, Kölliker, zaznaczył, że istota podstawowa zębiny nie powstaje z ciała komórkowego odontoblastów, lecz jest tylko ich wydzieliną. Zapatrywanie to przetrwało całe szeregi lat, opierając się dzielnie późniejszym badaniom, co więcej zostało potwierdzone przez tak znakomitego histologa, jak Ebner, który teoryę Köllikera nieco tylko pogłębił i uzupełnił.

Według Ebnera tworzenie zębiny trzeba sobie przedstawić w sposób następujący: Odontoblasty na swej powierzchni wytwarzają istotę jednolitą, która zlewa się w wspólną masę, tworzącą warstwę jednolitą, niewłóknistą, zwaną „membrana praeformativa“ (Raschkow). Ta ostatnia jest właśnie pierwszym zawiązkiem tworzącej się zębiny. Wśród tej warstwy zjawia się dopiero z czasem włóknistość, właściwa już podstawowej istocie zębiny, która następnie wapnieje [1]).

Niemal dyametralnie przeciwne zapatrywanie ogłosił już w r. 1864 Waldeyer [2]) (od którego atoli w ostatnich latach odstąpił). Według niego obwodowe partye odontoblastów przemieniają się w klejodajną podstawową substancyę, która następnie ulega zwapnieniu przy równoczesnym zaniku jąder w odontoblastach. Część odontoblastów osiowa, jako mniej lub więcej cienka nitka, tkwi w stwardniałej masie i przedstawia zawiązek włókna zębowego. Przez wypustkę idącą ku miazdze zębowej (*Pulpafortsatz*) każdy odontoblast pozostaje w związku z komórkami miazgi, głębiej położonemi i zwiększającemi się następowo tak, że gdy odontoblast skostnieje aż do włókna, na jego miejsce wstępuje inny, i w ten sposób ciągłość włókna zostaje nieprzerwaną. W ten więc sposób każde włókno zębinowe musi być uważane jako szczątek kilku odontoblastów zespolonych ze sobą. Tak zatem zębina ze wszystkiemi swemi częściami składowemi powstaje tylko z odontoblastów, zmienionych chemicznie i postaciowo.

Powyżej przytoczeni badacze, jak widzimy, przypisują wszystkim odontoblastom wspólną i równorzędną rolę w sprawie wytwarzania się zębiny.

Dopiero Andrew [3]) w r. 1894 opiera teoryę swoją na podziale odontoblastów na dwie gromady, mianowicie jedne z szeroką podstawą, które przeistaczają się w podstawową istotę, drugie są kształtu gruszkowatego i wrzecionowatego z długiemi wypustkami, które przemieniają się we włókna zębinowe.

Bödecker [4]) stworzył wreszcie wielce sztuczną, najbardziej zawikłaną i hipotetyczną teoryę, która opiewa: Odontoblasty powstały przez zlanie się pewnej liczby komórek tkanki łącznej zarodkowej, zwanych „Markkörperchen“ i znachodzą się one tam, gdzie tworzenie się zębiny niepostępuje naprzód. Gdzie się to wytwarzanie zębiny odbywa, odontoblasty rozpadają się na „Markkörperchen“, które bezpośrednio przetwarzają się w istotę podstawową zębiny. Odontoblasty nie są więc bezpośrednimi wytwórcami zębiny, ale tymczasowemi formacyami — tworami, że tak nazwać można, prowizorycznemi.

[1]) Scheff: Handbuch des Zahnheilkunde 1891. Bd. I. pag. 242 i Kölliker: Handbuch der Gewebelehre 1899 str. 113.

[2]) Stricker's Handbuch der Lehre von den Geweben T. I. str. 350 rok 1871.

[3]) Andrew: The origin of the Dental-Fibers, *Archiv of Dentistry*, 1887.

[4]) C. F. W. Bodecker: Die Anatomie und Pathologie der Zähne 1896.

Cały ten szereg teoryj niezadowolnił atoli niektórych badaczy, między innymi i Morgensterna, odznaczającego się niezmierną bujnością pomysłów. Wypowiedział on w roku 1891 [1]) nową teoryę, którą z natury rzeczy musimy przedstawić w całej rozciągłości.

Teorya Morgensterna przedstawia się tak: Jak wiadomo, miazga zęba ludzkiego płodu, z początkiem jeszcze czwartego miesiąca przedstawia jednolite wejrzenie, składa się bowiem tylko z okrągłych komórek o wielkich jądrach, ale niewielką za to ilością protoplazmy. Te okrągłe komórki, zwłaszcza ich warstwa obwodowo położona, stając się z czasem bogatemi w protoplazmę, dostają wypustki, które się łączą z wypustkami innych komórek sąsiednich, przyczem zmieniają swój kształt okrągły na wieloboczny. To różne upostaciowanie przybrzeżnych komórek, które się już należycie wyróżnicowały, ogranicza się mniej więcej do postaci gruszkowatej, marchwiowatej, okrągłej i poligonalnej. Morgenstern pierwszy zakwestyonował, jakoby te wszystkie twory opisywane jako komórki, były rzeczywiście komórkami i mówi w ten sposób: „Tylko twory okrągłe, gruszkowate i marchwiowate są prawdziwemi komórkami, wszystkie inne są narządami z nich powstałymi przez proces konjugacyi.“ Pierwsze zwie on komórkami elementarnemi, drugie dopiero odontoblastami, w przeciwstawieniu do innych autorów, którzy wszystkie komórki już wyróżnicowane, położone przy brzegu miazgi, nazywali odontoblastami i jako takie opisywali. Zapuszczając się w szczegółowy opis jednych i drugich, tj. komórek elementarnych i właściwych, według niego, odontoblastów, to odróżnienie jednych od drugich motywuje w ten sposób: Komórki elementarne są rzeczywistemi komórkami, bo posiadają ściśle odgraniczone, bezosłonkowe ciało komórkowe z wyraźnem jądrem, posiadają nadto wypustkę zębinową, powstałą skutkiem wydłużenia się ciała komórki, zwróconą zawsze ku brzegowi miazgi. Wypustki wychodzą zawsze z ciała komórki, nie siedzą atoli nigdy na jej brzegu. W miejscach, gdzie zębina już została wytworzona, leżą te elementarne komórki na oko tylko w bezpośredniem z zetknięciu z tąż zębiną, ale są od niej oddzielone warstwą utworów walcowatych lub stożkowatych. Według Morgensterna odontoblasty mogą nieposiadać żadnego jądra, jedno lub więcej jąder; w tym ostatnim przypadku tylko to jądro jest wyraźnie zaznaczone, które jest od zębiny najwięcej oddalone. Odontoblast tem się różni od komórek elementarnych, z których powstał, że posiada osłonkę komórkową w kształcie powłoczki (*cuticula*) na przednim szerokim końcu, i z tej to powłoczki wychodzą wypustki odontoblastów. Proces stapiania się komórek elementarnych w jeden odontoblast Morgensterna poznać można, po całym szeregu przejściowych kształtów, między którymi kształt biszkoptu lub klepsydry najczęściej się spotyka. W tym właściwym okresie konjugacyi, każda połowa klepsydry lub biszkopta wykazuje osobne jądro, z tą atoli różnicą, że jądro, należące do połowy obwodowej (zwróconej ku zębinie) mniej jest czułe na barwiki, niż jądro połówki zwróconej ku środkowi miazgi zęba. W każdym odontoblaście odbywać się mają ustawiczne przemiany, polegające na ubytku substancyi na obwodowym, do zębiny zwróconym końcu, przy równoczesnym przybytku tej substancyi na końcu dośrodkowym, zwróconym do miazgi zębowej. Ubytek warunkowany jest przez zużycie substancyi przy tworzeniu się zębiny, — przybytek — przez przyjęcie nowych komórek elementarnych z miazgi.

Stawiając sprawę prościej i jaśniej, powiedzmy tak: konjugacya Morgensterna polega na tem, że dwie komórki elementarne stapiają się w jedną w ten sposób, iż protoplasma ich tak się ze sobą zespala, że granica między jedną a drugą komórką się zaciera, jądro komórki położonej na obwodzie zanika, przyczem wypustki elementarnych komórek, składających się na jeden odontoblast, łączą się ze sobą w jedną wspólną wypustkę, jeśli stoją prostopadle do brzegu zębiny. Naturalnie, że i świeżo powstałe wypustki odontoblastów stoją również prostopadle do brzegu zębiny i przedstawiają jakoby preformowane włókna zębinowe, które dla jej budowy mają znaczenie włókien kierunkowych.

To, co tylko pośrednio z powyższą teoryą się wiąże, tj. w jaki sposób z odontoblastów, powstałych przez proces konjugacyi, wytwarza się zębina, dałoby się streścić mniej więcej w tych słowach: Na obwodowym końcu odontoblasta, w miejsce protoplasmy, zjawia się tkanina włóknista, jasno żółtawa, silnie światło łamiąca, która z czasem nietylko zajmuje miejsce zanikłej plazmy komórkowej, ale przekraczając granice tejże właśnie zanikłej protoplazmy, wypełnia przestwory między odontoblastami. Ta substancya, już jako substancya zębinotwórcza, wytworzona jest w samych odontoblastach, wytworzenie się jej atoli nie jest produktem wydzielniczym samychże odontoblastów, ale jest jakby przemianą ich pierwotnej substancyi, w tę zębinotwórczą tkaninę, po której dopiero zjawia się istota podstawowa zębiny.

Jak więc widzimy, wszystkie te teorye wychodzą z tego samego założenia, uznanego i przyjętego dziś za pewnik, że dla zębiny punktem wyjścia są odontoblasty, ale też tylko ten pewnik teorye te łączy. Od tego momentu rozchodzą się one w kierunku pytań, czy wytwarzanie się jest pośrednie, czy bezpośrednie, czy odontoblasty całe, jako takie, czy też ich obwodowe części składają się na wytwórczość zębiny, czy jedna warstwa tychże komórek jest zębinowotwórczą, czy też dopiero twory, powstałe z konjugacyi dwóch lub więcej komórek, dają zaczątek wytwarzania się zębiny.

Ten ostatni właśnie szczegół stanowi główny moment i oś rzekomo oryginalnej teoryi Morgensterna, teoryi, która od chwili zapoznania się z nią dawała mi wiele do myślenia, przedewszystkiem dlatego, bo jako podstawę przyjmowała stwierdzony niby fakt łączenia się ścisłego komórek w jedną, fakt bądź co bądź dotąd w histologii (prócz momentu zapładniania) w normalnych warunkach niespostrzegany. Nieufność do tej teoryi podtrzymywał u mnie i ten pewnik, że Morgenstern należy do owych niezbyt szczęśliwych badaczy, którzy nie mogą się doczekać potwierdzenia swych spostrzeżeń przez innych pracowników, co gorsza nawet, — spotykają się prawie z reguły z ich zaprzeczeniem.

Wszakżeż tak poważny badacz, jak Otto Walkhof [1]), wprost i bez ogródek oświadcza, że zjawisk spostrzeganych i opisywanych przez Morgensterna, a nazwanych przez niego konjugacyą odontoblastów, nigdzie nie znalazł, pomimo skrzętnych poszukiwań i posługiwania się

[1]) Scheff's Handbuch der Zahnheilkunde Bd. I. pag. 277.

[1]) Beiträge zum feineren Bau des Schmelzes und zur Entwickelung des Zahnbeins. *Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde*, 1898.

tą samą mniej więcej metodą badania. Niemniej sceptyczny sąd o tej teoryi wygłasza Ebner, twierdząc, że obrazy, rysowane przez Morgensterna, są optycznem złudzeniem, wywołanem przez ukośne cięcie preparatów. Jeśli wreszcie dodam, że cała teorya ta na wielu punktach, zwłaszcza gdy twórca jej podaje reguły, jak elementarnych komórek wypustki łączą się w jedną wspólną wypustkę, jest tak geometrycznie sztucznie zrobioną, że ledwo po głębokim wysiłku można zrozumieć o co autorowi chodzi, to trudno nieprzyznać, że moje powątpiewania w prawdziwość tej teoryi znajdowały dostateczne uzasadnienie. Z tem wszystkiem jednak musiałem się liczyć z faktem, że bodaj jeden badacz — badaniami swemi stwierdził Morgensternowską teoryą. Proces ten niezwykle ciekawy znalazł poparcie w pracy Erwina Höhla[1]), prowadzonej pod kierunkiem Spalteholza i ta właśnie okoliczność zachęciła mnie do dokładnego i najnowszemi metodami przeprowadzonego badania, w tej nadziei, że uda mi się wyświetlić istnienie i znaczenie procesu, zwanego konjugacyą i z przeświadczeniem, że proces, tak w świecie zwierzęcym wyjątkowy, musi się dokonywać bardziej zawile, niż ci obaj badacze opisali.

Zanim atoli przystąpię do szczegółowego opisu, w jaki sposób badania moje własne przeprowadziłem, i jaki wynik z nich osiągnąłem, w pierwszym rzędzie rozpatrzeć muszę, jaki jest stosunek teoryi Morgensterna do poprzednio już istniejących; o ile myśli w niej zawarte mogą być zaczerpnięte z dawniejszych badań; co w tej teoryi jest ściśle oryginalnego, wreszcie uwydatnić, pewne niejasności jej z punktu widzenia histologicznego. Nadmieniłem co dopiero, że jedynym, jak dotąd, i jak się zdaje gorącym zwolennikiem teoryi Morgensterna jest Höhl, atoli zaraz na wstępie musimy zaznaczyć, że i on w niejednym kierunku z twierdzeniami Morgensterna się nie zgadza, jak to w dalszym ciągu niniejszej pracy zobaczymy. Czytając z uwagą pracę Höhla, odnosi się mimowolnie wrażenie, że jego zapał do tej teoryi, w miarę drobiazgowego rozpatrywania szczegółów, stygnie. Aczkolwiek bowiem mówi on wyraźnie, że zjawiska przez Morgensterna opisywane potwierdzić musi w całości, przecież, jak wspomniałem, zaznacza on dość wybitną różnicę swoich zapatrywań od Morgensternowskich.

W pierwszym rzędzie czas, w którym proces konjugacyi się zjawia, przekłada on do późniejszych okresów w rozwoju miazgi zęba i zębiny, następnie podział przybrzeżnych a zróżnicowanych komórek miazgi uskutecznia nie na podstawie ich kształtu, ale według ugrupowania się w pierwsze lub następne rzędy, nazywając najbardziej obwodowo leżące komórki odontoblantami pierwszorzędnymi, komórki zaś od nich głębiej leżące nazywa on komórkami, mającemi się dopiero zkonjugować *(Conjugationszellen)*. Według Höhla komórki tych obu rzędów ulegają w nieco późniejszych okresach konjugacyi, a jako wynik jej powstają twory, nazwane przez niego odontoblastami drugorzędnymi.

Tworom tym, będącym wynikiem konjugacyi, odmawia Morgenstern, jak sobie przypominamy, cechy komórek; Höhl przeciwnie, nie widzi do tego żadnej zupełnie racyi; wreszcie, zaznaczając dalsze różnice, podnieść trzeba i ten fakt, że Höhl niemoże się zgodzić na sposób zachowania się i powstawania wypustek podczas procesów konjugacyjnych. Proces samejże konjugacyi skreśla Höhl w taki sam sposób, jak jej pierwotny autor, co więcej, powołuje się na rysunki Waldeyera i Köllikera, twierdząc wyraźnie, że pierwszy odtwarza warstwę komórek konjugujących się, jak również zkonjugowane odontoblasty; w rysunkach drugiego, chce widzieć odtworzonym ten okres, gdy elementarne komórki po złączeniu się przyjmują kształt klepsydry. W takiem twierdzeniu Höbla niema atoli żadnej słuszności. Gdyby się bowiem nawet przyjęło proces konjugacyjny nieco zmodyfikowany, jak go określa Höhl, tj. „że pod pierwotnymi odontoblastami konjugacyjne komórki coraz więcej zbliżają się ku obwodowi, następnie swoje wypustki w przestrzenie między odontoblastami wysyłają i wreszcie łączą się z ich plazmą w jedno ciało komórkowe o formie klepsydrowej lub bisquitowej, to na żaden sposób niemożna się zgodzić, aby to odpowiadało rysunkom Waldeyera. Tym ostatnim bowiem dokładnie się przypatrzywszy dostrzedz można bez wysiłku granicę, w której się dwie wypustki komórkowe tylko stykają, a nie łączą. W rysunku tym zresztą jądro komórki górnej jest równie wyraźnie zaznaczone, jak dolnej, nieznać na niem ani śladu jakichkolwiek zmian. Waldeyer odtwarza więc komórki, leżące tuż obok lub pod sobą, stykające się ze sobą wypustkami, a nie ciałem komórkowem, a taki fakt łączenia się wypustkami był już i w innych tkankach opisywany. Tak więc powoływanie się na rysunki Waldeyera celem stwierdzenia konjugacyjnej teoryi, nazwać trzeba w tym przypadku niefortunnem i bezkrytycznem. Niefortunnem, bo oryginalność tej teoryi znacznie redukuje, bezkrytycznem, bo argumentami chce zwać fakta wcale nieistniejące.

Pewną wspólność z Waldeyerem ma tylko zasadnicza myśl łączenia się, ale u tegoż komórki, biorące udział w wytwarzaniu zębiny, łączą się pomiędzy sobą tylko zapomocą wypustek. Sama więc idea i obserwacya łączenia się komórek była już przez niego wyrażona, ale to łączenie się ogranicza się tylko do wypustek odontoblastów; co więcej, ma ono miejsce pod ten czas, gdy zębina jest już w toku wytwarzania się, gdy tymczasem Morgenstern i Höhl chcą widzieć łączenie się (konjugacyę) całego ciała komórkowego i to jeszcze przed zaczęciem wytwarzania się zębiny.

Porównywując dalsze okresy przemian, jakim ulegają odontoblasty u Waldeyera a u Morgensterna, widzimy, że według pierwszego cały szereg przemian odbywa się tylko w jednej komórce, z niej jednej wszystko wytwarza się, u Morgensterna przemiany te odbywają się dopiero w tworze złożonym, powstałym przez konjugacyę. Bezwątpienia przyjąć można za pewnik, że teorya konjugacyjna ułożoną została z zasad Waldeyerowskich pomysłów, — w następstwach tylko daleko odbiegła od niej. Z tego więc punktu widzenia, oryginalność jej blednie.

Jeszcze więcej zmniejszyć się ona musi, gdy przypomnimy sobie, że już Andrews klasyfikuje odontoblasty w podobny sposób jak Morgenstern, że więc ten drugi w opisie tych tworów niemal dosłownie słowa swego poprzednika Andrewsa powtarza.

(Dokończenie nastąpi.)

[1]) Beitrag zur Histologie der Pulpa und des Dentins. *Archiv für Anat. und Physiol.*, 1896.

II. O ile silne bodźce, działające na skórę, wpływają na rdzeń?

Podał
Dr. M. Switalski.

Chcąc odpowiedzieć na powyższe pytanie, wykonałem w pracowni prof. Oppenheima w Berlinie szereg doświadczeń na królikach, — a to w ten sposób, że jednę z kończyn tylnych, dokładnie ogoloną, drażniłem u rozmaitych zwierząt rozmaitymi bodźcami.

Do doświadczeń użyłem 13 królików. U 2 drażniłem 1 godzinę kończynę tylną lewą prądem przerywanym, pochodzącym ze zwykłego przyrządu saneczkowego, połączonego z 1 stosem Grovego. Cewki były w ciągu całego doświadczenia zesunięte, wskutek czego prąd był bardzo silny. Elektrodę działającą stanowił pędzel druciany zwykłych rozmiarów; elektroda zaś obojętna, o powierzchni 2·5 ctm.², umieszczoną była na pośladku tej samej kończyny. U trzech królików przedłużyłem doświadczenie w tych samych warunkach do trzech godzin. U 2 królików nasmarowałem kończynę tylną lewą rozczynem 20% olejku gorczycznego i pozostawiłem je przy życiu 24 godzin. Po upływie tego czasu skóra, a szczególnie tkanka podskórna, okazywały znaczny obrzęk; skóra była zaczerwiona, bez pęcherzy.

Troje zwierząt po nasmarowaniu kończyny wspomnianym płynem żyło 48 godzin, a po zabiciu ich przekonałem się, że obrzęk tkanki podskórnej nie był tak wybitny, jak u zwierząt poprzednich; natomiast ciecz, przenikająca tkankę podskórną, była mętnawa, tu i owdzie znajdowały się małe wynaczynionki, na skórze zaś kilka drobnych krostek.

Jeden królik żył po nasmarowaniu 2½ godzin, 2 królikom oparzyłem kończynę płomieniem lampki Bunsenowskiej i jednego pozostawiłem przy życiu 24 — drugiego 48 godzin. Oparzenie było w obydwu razach stopnia I-go, a tylko w jednem miejscu u królika pierwszego, a mianowicie w okolicy kolana, znachodził się pęcherz wielkości 20 halerzy.

Zwierzęta zabijałem przez odcięcie głowy. Rdzeń świeżo wyjęty wkładałem w części do wyskoku, w części zaś do płynu Müllera, a następnie badałem go sposobem Marchiego, komórki zaś sposobem Lenhosseka, który od sposobu Nissla różni się tem, że kawałki rdzenia zatapia się w parafinie, a skrawki barwi się na szkiełku nasyconem rozczynem wodnym błękitu toluidyny. Sposób ten jest o tyle dogodnym, że mniej czasu zajmuje, obrazy komórek, co do swej wyrazistości, nie ustępują obrazom, jakie otrzymujemy trzymając się ściśle przepisu Nissla, a trwałością swoją przewyższają preparaty, barwione błękitem metylowym. Jeszcze jedna dogodność, jaką mamy, zatapiając rdzeń w parafinie, jest ta, że skrawki w tej postaci przechowywać można bardzo długo bez obawy, by w komórkach powstały jakieś zmiany przypadkowe.

Wynik badania komórek w części lędźwiowej rdzenia, jakoteż i części wyższych, był we wszystkich przypadkach ujemny, z wyjątkiem w 2, a to u tych zwierząt, u których kończyna wystawioną była na działanie prądu przerywanego przez trzy godziny. Komórki w części lędźwiowej rdzenia po stronie drażnionej przedstawiały zmiany w postaci rozpadu jednostajnego ciałek Nissla (chromatolysis), a tu i owdzie nagromadzenia się chromatyny około jądra. Zmiany te nie dotyczyły wszystkich komórek, a można je było widzieć w komórkach rogów przednich, szczególnie w grupach przednio-bocznych. Przeważna zaś część komórek zachowywała się zupełnie prawidłowo, komórki na granicy rogów, w rogach tylnych i w grupach około przewodu środkowego nie przedstawiały najmniejszych zboczeń. Nie mniej ujemny wynik dało badanie rdzenia sposobem Marchiego. Nigdzie nie napotykamy włókien, któreby sprawiały pewne wątpliwości co do swego prawidłowego zachowania się.

Jakież znaczenie i pochodzenie przypisać należy powyższym zmianom? Sądzę, że prawie z wszelką pewnością wykluczyć możemy, by one były następstwem podrażnienia skóry, a względnie zakończeń nerwowych i nerwów czuciowych. Drażniąc kończynę prądem o znacznej sile, drażnimy nietylko samą skórę, jako bezpośrednio będącą w zetknieniu z elektrodą, ale odnogi prądu działają także i na części głębiej położone, — jak mięśnie i nerwy. To działanie prądu na nerwy ruchowe stanowi dla nich podnietę, która przenosi się dośrodkowo, wprawia komórki rogów przednich w stan czynny, a następnie w stan znużenia, który objawia się powyżej wspomnionemi zmianami. Podobne, ale znaczniejsze zmiany w komórkach rogów przednich wykazał Luxenburg*), drażniąc prądem przerywanym odsłonięty nerw udowy. Przyczyny tego, że zmiany, które wykazał wspomniany autor, były liczniejsze i dalej idące, upatrywać należy po części w silnym urazie, jakim była operacya wstępna (przecięcie rdzenia podłużnie i poprzecznie), a powtóre, że na działanie prądu wystawiony był nerw bezpośrednio. Za słusznością tego twierdzenia przemawia ta okoliczność, że nie znachodzimy żadnych zmian w komórkach rogów przednich tych zwierząt, których skóra wystawioną była na działanie silnych bodźców chemicznych i termicznych.

Tutaj działanie było tylko ograniczone do samej skóry — tak, że nerwy ruchowe nie były niemi zadrażnione, to też i brak zmian w komórkach ruchowych.

Streszczając wynik powyższych doświadczeń, przyjdziemy do następujących wniosków: 1) bodźce, działające na ograniczoną część skóry, nie pociągają za sobą zmian w rdzeniu, którebyśmy wykazać mogli, 2) zmiany w komórkach ruchowych rogów przednich przy drażnieniu skóry prądem elektrycznym są następstwem równoczesnego działania prądu na nerwy ruchowe.

III. Wyciągi.

Schütze: **Przypadek błonicy, powikłany rumieniem węzłowatym** *(erythema nodosum)* **i obrzękiem stawów, a nieleczony surowicą.** *(Deutsche mediz. Woch).* Pomiędzy następstwami leczenia błonicy surowicą wymienia się na pierwszem miejscu osutki, spostrzegane w rozmaitym odsetku leczonych przypadków. (Unruh 2·22% — Monti 52%). S. opisuje przypadek stwierdzonej badaniem bakteryologicznem błonicy u 25-letniej kobiety, w którym nie użyto zastrzykiwań surowicy, stósowano tylko płókania. Przebieg był pomyślny, jednak w 3 dni po ustąpieniu gorączki po-

*) Luksenburg: *Neurol. Centbl. 1899, Nr. 14. Ref. Przegl. lek. 1900, Nr. 3.*

jawił się obrzęk i bolesność w prawym, później w lewym stawie skokowym, równocześnie zauważono podniesienie się ciepłoty do 38·8 i na przedniej powierzchni podudzi objawy rumienia. Wszystkie te objawy ustąpiły w ciągu kilku dni. Podobieństwo powikłań błonicy w tym przypadku do powikłań, opisywanych po zastrzykiwaniach surowicy, nasuwa wątpliwości, czy wszystkie przypadki, w których po zastósowaniu surowicy wystąpiły powikłania, należy uważać za wywołane surowicą. Wątpliwości te podniósł już poprzednio Bagińsky, który przypadki podobne jeszcze w czasach przedsurowiczych spostrzegał i opisał. Zapewne, że ten przypadek, gdyby był leczony surowicą, jak i wiele innych, policzony byłby na karb ujemnego działania surowicy.

Doc. Raczyński.

Schmid A.: **O epidemiach różyczki** *(rubeola)* **i rumienia** *(erythema)*. *(Wiener klinische Woch.* Nr. 47, 1899). W Gradcu panowała z końcem r. 1898 i początkiem r. 1899 epidemia różyczki; zapadło na nią 723 dzieci, w tem 90% poniżej lat 14. Osutka, główny objaw tej choroby, występowała albo pod postacią drobnych, małych, niewyniosłych punkcików, a więc była wejrzeniem zbliżona do płonicy, lub też pod postacią dużych, wyniosłych plam, podobnych do wysypki odrowej. Podobieństwo z odrą było nieraz tak rażące, że o rozpoznaniu rozstrzygała dopiero obecność, względnie brak objawów, stale towarzyszących odrze. Dla różyczki znamienną jest ta okoliczność, że niema objawów zwiastunowych, a i gorączka w chwili pojawienia się osutki nie należy do stałych objawów. Niektórzy autorowie przypisują wielkie znaczenie spostrzeganemu przez nich w różyczce obrzękowi gruczołów chłonnych karkowych i szyjnych; S. nie zauważył, aby objaw ten przydarzał się często, nie można go więc też uważać za charakterystyczny dla tej choroby. Czas wylęgania różyczki oznacza S. na podstawie własnych spostrzeżeń na 13—19 dni. Rozpoznanie różyczki, a zwłaszcza odróżnienie jej od odry, napotyka w pewnych przypadkach na trudności; ułatwia wtedy sprawę tak zwany objaw Koplika, gdyż stale spotykane w odrze plamki na błonie śluzowej jamy ust nie przydarzają się w różyczce. Do odróżnienia tych dwu chorób posłużyła autorowi w niektórych przypadkach próba moczu na diazoreakcyę, gdyż dodatni wynik tej próby przemawia za odrą.

Bliższe zapoznanie się z różyczką dało możność S. odróżnienia tej choroby od innej choroby, również epidemicznej, osutkowej, tj. od t. zw. rumienia zakaźnego *(erythema infectiosum)*. Rumień odznacza się osutką plamistą, trochę nad powierzchnią skóry wyniosłą, która najpierw zajmuje policzki, później pojawia się na czole, nosie, brodzie, wreszcie przechodzi na tułów i kończyny. Znamiennem jest, że rumień nie pojawia się równocześnie na całem ciele, lecz występuje okresowo tak, że możemy na tym samym osobniku widzieć osutkę ustępującą obok dopiero występującej; przydarza się też, że rumień po ustąpieniu pojawia się w kilka godzin na nowo. Ważnem jest, że osutka jest jedynym objawem tej choroby. Rumień zakaźny różni się od osutek skórnych innej przyrody tem, że pojawia się epidemicznie, od różyczki zaś odróżnia się sposobem występowania osutki, jej rozłożeniem i ustępowaniem. Mimo tych różnic uważał S. dłuższy czas różyczkę i rumień za jedną chorobę i dopiero ścisłe badanie przypadków, w których po odrze przyszedł rumień, a później różyczka, naprowadziły na myśl, że się ma do czynienia z samoistną chorobą zakaźną. Należy dodać, że S. nie jest pierwszym, który tę chorobę spostrzegł i opisał. *Doc. Raczyński.*

Czerny (Wrocław).: **„Forsowne żywienie“** *(Jahrb. f. Kinderhlkd.* 51, 1. 1900). Forsownemu żywieniu lub pożywnej dyecie przypisuje się w praktyce wielkie znaczenie. Od czasów Liebiga, który uważał białko za główną i istotną część pożywienia, stosuje się często u chorych, a zwłaszcza u dzieci, t. zw. posilną dyetę, złożoną prawie wyłącznie z mleka, jaj, mięsa, przypisując jej, że przyczynia się do rozwoju dzieci, że czyni dzieci odporniejszemi na choroby zakaźne itd. Czerny zauważył, że te forsownie żywione dzieci najczęściej są chude, blade, a więc że dyeta taka nie przynosi skutku; co gorzej, zauważył także, że przynosi ona w niektórych przypadkach szkodę, narażając dzieci na pewne, z dyety tej wynikające cierpienia. Do tych przedewszystkiem zaliczyć trzeba zaparcie stolca; przydarza się ono najczęściej u dzieci, spożywających duże ilości (1—2 litry na dobę) mleka. Wyłącznemu używaniu przez dzieci 2—3 litrów mleka przypisuje Cz. przydarzającą się u tych dzieci niedokrewność, niedającą się wyleczyć podawaniem żelaza, a ustępującą, gdy mleko, jako wyłączne pożywienie, zastąpiono dyetą mieszaną. Dzieci, żywione dużemi ilościami mleka, cierpią też czasami na brak łaknienia, nie dający się usunąć żadnymi środkami t. zw. „pobudzającymi łaknienie“; odstawienie mleka przywraca dzieciom prawidłowe łaknienie. Dzieci, żywione dużemi ilościami mięsa, cierpią znów często na wysycenie moczu (głównie kwasem moczowym); dziewczęta mogą z tego powodu nabyć zapalenia sromu *(vulvitis)*. Choroby skórne, czy to jako świerzbiączka, czy wyprysk, przydarzają się też często u dzieci forsownie odżywianych, a choroby te opierają się miejscowemu leczeniu tak długo, jak długo nie zmieniono dyety. Dość często zauważono też, że dzieci, zbyt obficie żywione, źle sypiają. Widzimy więc, że ze stanowiska klinicznego doświadczenia żywienie forsowne nie przynosi żadnych korzyści, a i ze stanowiska teoretycznego zarzucićby temu żywieniu można, że ilość azotu, mająca być zatrzymaną, jest stosunkowo mała, wreszcie, że to zatrzymanie i przyswajanie azotu z ciał białkowatych odbywa się daleko lepiej w obecności pokarmów innego rodzaju, a zwłaszcza wobec wodników węgla.

Doc. Raczyński.

Dr. P. Biermer. **Cięcie cesarskie metodą Fritscha, wykonane z powodu drgawek porodowych u ciężarnej, będącej w końcu ciąży.** (*Münch. med. Wochenschr.* N. 47, 1899). W przypadku ciężkich drgawek u ciężarnej dokonał autor cięcia cesarskiego poprzecznem cięciem macicy w dnie, uważając ten zabieg za najodpowiedniejszy u ciężarnej dla szybkiego rozwiązania matki. Mimo ukończenia porodu drgawki utrzymywały się nadal i chora w 36 godzin po dokonaniu cięcia cesarskiego zmarła, przebywszy jeszcze po rozwiązaniu 24 napadów. Przypadek ten nie odstrasza autora zupełnie; sądzi on, że w bardzo ciężkich przypadkach drgawek u ciężarnych, gdzie natychmiastowe przeprowadzenie porodu jest wskazane, cięcie cesarskie jest znacznie łagodniejszym zabiegiem od nacięć szyi i pewnie prowadzi do celu. Po cięciu cesarskiem u cierpiących na drgawki, śmiertelność matek wynosi 47%, podczas gdy przy postępowaniu zachowawczem śmiertelność dochodzi do 25%; z uwagi jednak, że zachowawczo leczy się przypadki łagodne, operacyjnie zaś tylko ciężkie, porównywanie wyników przy obu sposobach postępowania jest niemożliwem. *St. D.*

Prof. Fr. Schultze. **Nakłócie rdzenia i wstrzyknięcie doń surowicy przeciwtężcowej w przypadku tężca urazowego.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. V, Z. I). Gdy w przypadku tężca urazowego podskórne wstrzyknięcia surowicy nie pomagały, zastrzyknął S. w 5tym dniu choroby po odpuszczeniu 20 grm. płynu mózgowordzeniowego, 15 grm. surowicy przeciwtężcowej. Mimo to i mimo powtórzonego takiego samego wstrzyknięcia 7go dnia choroby, cierpienie postępowało dalej do pewnego stopnia, poczem rozpoczęło się zdrowienie. Nie wyciągając żadnych wniosków z tego spostrzeżenia, mniema autor, że surowica, tą drogą podana, może łatwiej działać (jeżeli wogóle działa), aniżeli z tkanki podskórnej lub choćby nawet od strony mózgu (*Quénu*).

Herman.

Frieser J. W. Dr. (w Wiedniu). **Wartość lecznicza tiokolu i syroliny.** *(Therapeutische Monatshefte*, 1899, Z. 12). Obok cynamonianu sodowego czyli petolu, który działa bardzo dobrze w świeżych przypadkach gruźlicy płuc na podstawie własnego doświadczenia podnosi autor wartość, tiokolu i syroliny. Podawanie jest bardzo wygodne, ponie-

waż tiokol rozpuszcza się łatwo w wodzie, można więc go zapisywać nawet dzieciom, poprawiwszy smak słabo gorzkawy jakimkolwiek dodatkiem. Tiokol (lub syrolina) nadaje się do leczenia przewlekłych nieżytów dróg oddechowych, spraw chorobowych, połączonych z rozedmą płuc, zapalenia cuchnącego oskrzeli *(bronchitis putrida)*. Nie drażni wcale przewodu pokarmowego, nie sprowadza też zatrucia. Zwierzęta znoszą bardzo duże dawki bez szkody, po 6 — 8 grm. dziennie bez ujmy. Autor podaje po 1·0 — 1·5 tiokolu trzy do cztery razy dziennie przez dłuższy czas. Syrolinę 3—4 łyżeczki dziennie. Dzieciom najlepiej w płynie: *Thiocol. 3·0—5·0, Aq· d. 120·0, Syr. cort. aur. 25·0. MS. 3—4 r. dz. po łyżeczce.*

Tiokol można podawać nietylko w początkach, ale i w posuniętych stanach gruźlicy płuc. Wogóle ma być dobrym nabytkiem we ftyzeoterapii, o czem już korzystnie świadczy przybytek na wadze, jaki zauważył autor u swoich chorych. *Dr. Eljasz Radzikowski*

Dr. G. Voyer. **Przyczynek do leczenia ichtyolem w chorobach kobiecych.** *(Wiener med. Presse* Nr. 47, 1899). Autor podnosi doniosłe znaczenie lecznicze ichtyolu najpierw w ostrych schorzeniach połogowych, połączonych w wypociną; podnosi jego działanie wchłonne, a zwłaszcza kojące. Środek analogiczny z ichtyolem, t. zw. „petrosufol“ nie dorównał ichtyolowi w podobnych przypadkach, gdyż brak mu było właśnie tego działania kojącego. Doskonałe wyniki lecznicze osiągnął autor również przy stosowaniu ichtyolu w przypadkach przewlekłych schorzeń otoczenia macicy; petrosulfol i w tych schorzeniach, zdaniem autora, ichtyolu nie może zastąpić. Ichtyolu używał również autor do gojenia t. zw. nadżerek z bardzo dobrym skutkiem. Wreszcie używał autor ichtyolu przy rozpadających się rakach nie nadających się już do radykalnego leczenia: zauważył przy tem, że ma on wielkie zalety odwaniające, oczyszczające, a co najważniejsze — kojące. Petrosulfol stósowany w tych przypadkach przez autora działał oczyszczająco i odwaniająco, nie działał jednakże zupełnie na bóle. Autor sądzi, że przy stósowaniu ichtyolu najczęściej można się obejść bez narkotyków.

Tamponów ichtyolowych używał autor także z dobrym skutkiem po kolpeuryzie rtęcią.

Ichtyol, podawany wewnętrznie, ma zdaniem autora podnosić ogólny stan chorego. *St. D.*

Dr. Zuppinger (Wiedeń). **Jak zapalenie ropne opon mózgowych może niekiedy wywoływać objawy, podobne do przebicia przełyku wskutek sondowania.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 34 z r. 1899). Autor opisuje przypadek z praktyki ambulatoryjnej, w którym u chłopca 4-letniego rozszerzał przez dłuższy czas sondami elastycznemi zwężenie przełyku, powstałe po wypiciu ługu potasowego. Ostatni raz 8-go lipca wprowadził sondę bez użycia siły. Dziecko było przez cały dzień zdrowe, piło mleko bez przeszkody i bez bólu, nagle wieczorem zaczęło się uskarżać na ból głowy i brzucha, dostało wymiotów i drgawek. W nocy przyniesiono dziecko do szpitala i wśród tych objawów dnia następnego śmierć nastąpiła. Przy sekcyi nie wykazano żadnych obrażeń przełyku, a natomiast ropne zapalenie opon mózgowych u podstawy czaszki.

Czy w tym przypadku zapalenie opon samoistnie wystąpiło, czy może nastąpił przerzut z powodu zakażenia ranki powierzchownej przełyku, która się wnet zagoiła, rozstrzygnąć się nie da. Objawy zapalenia opon mózgowych były nieco podobne do objawów zapalenia otrzewnej i w podobnych razach, w celu usunięcia podejrzenia, któreby rodzina mogła rzucić na lekarza, radzi domagać się obdukcyi zwłok. *Dr. Karchezy.*

Krafft-Ebing. **O stwardnieniu rozsianem.** *(Allgem. Wiener med. Zeitung* Nr. 2 i Nr. 3, 1900). Według autora istota choroby polega na tworzeniu się ograniczonych ognisk w układzie nerwowym ośrodkowym, czasem i w obwodowym, pociągających za sobą w miejscach powstania zanik prawidłowych składników nerwowych. Ponieważ zaś te ogniska mogą się usadowić w różnych okolicach układu nerwowego, dlatego i obraz chorobowy może być każdego razu odmienny, za czem idzie, że i rozpoznanie cierpienia bywa bardzo utrudnione. Celem łatwiejszego oryentowania się należy prze-przedewszystkiem zwrócić uwagę, czy nie są zajęte także ośrodki mózgowe, które wywołują znane nam objawy chorobowe, jak ścieśnienie pola widzenia, chwilowe niedowidzenie (amblyopia) lub porażenie mięśni gałek ocznych. Następnie przyjmuje K.-E. dwie postaci choroby według tego, czy 1-o ogniska chorobowe leżą w okolicy komór mózgowych lub przewodu Sylwiusza, czy też 2-o zajęty jest móżdżek lub rdzeń kręgowy. W pierwszym przypadku cierpienie rozwija się szybko, występuje znamienne bieganie gałek ocznych (nystagmus), mowa staje się skandująca i wolniejsza, aż wreszcie dochodzi do zupełnej niemoty, w późniejszym zaś okresie choroby dołącza się do tego i drżenie kończyn (Intentionszittern). Jeśli zaś zajęty jest rdzeń kręgowy i móżdżek, to cierpienie rozwija się wolno przez miesiące lub lata, pojawia się niedomaganie kończyn, dochodzące czasem do zupełnej niezborności, występują zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy, wreszcie chód staje się chwiejny, chory zaczyna tracić równowagę tak, że o własnych siłach na nogach utrzymać się nie może. Jako przyczyny tej choroby, występującej zwykle przed 40-tym rokiem życia, podaje autor przebyte choroby zakaźne (ospa, dur), przeziębienie, przemoczenie i wilgoć mieszkań, dziedziczności zaś nie przypisuje żadnej roli.

Rozpoznanie winno się opierać na wywiadach (brak przebytej kiły) i na objawach, przyczem pamiętać należy, że bardzo ważną cechą rozpoznawczą jest zmiana w dnie oka (obrzmienie i przekrwienie tarczy nerwu wzrokowego, później zaś zblednienie i zwężenie dotyczących tętniczek), nigdy atoli nie przychodzi do zaniku nerwu wzrokowego, co właśnie ma miejsce przy wiądzie rdzenia; guz zaś w mózgu wywołuje zastoinową tarczę nerwu wzrokowego, a później zupełną ślepotę. Przechodząc do leczenia tej choroby, kładzie autor główny nacisk na zabiegi wodolecznicze, gimnastykę, a z środków aptecznych zaleca jodek potasu w wielkich dawkach (5,0—6,0 dziennie) i przetwory arsenu. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. R. Kutner. **O nowej metodzie leczenia kiły przez wdychiwania.** (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1900, Nr. 2). Wiadomo już oddawna, że rtęć stósowana w postaci wcierek dostaje się do ustroju nie tyle przez skórę ile przez wdychanie pary rtęciowej i na tej też zasadzie polegają metody lecznicze rtęcią Welandera, Mergeta, Ahmena i innych, polegające n. p. na noszeniu kawałka sukna wysmarowanego maścią rtęciową, sypianie na poduszce, w którą włożono flanelę napojoną maścią rtęciową i t. p. Autor stosuje wdychiwanie Hg. w ten sposób, iż w skrzynce zamkniętej rozciera zapomocą odpowiedniego przyrządu maść rtęciową (może to uskuteczniać sam chory) i oddycha powietrzem napojonem parą Hg., zapomocą odpowiedniej maski połączonej rurą kauczukową ze skrzynką. Skrzynka urządzona jest również w ten sposób, iż wnętrze jej można ogrzać w razie potrzeby, przez co naturalnie zwiększa się parowanie rtęci. Że rtęć w ten sposób stósowana dostaje się do ustroju o tem przekonał się również autor, albowiem przez $1/2$ godzinne wdychiwanie (raz na dzień) zdołał po kilku posiedzeniach wykazać (przy pomocy Dr. Eschbauma) rtęć w moczu i to w ilościach, dających się oznaczyć. Próby, jakie autor wykonał dotychczas tą metodą, dawały wyniki zadawalniające. Objawy zatrucia nie występowały. Po każdem posiedzeniu poleca autor płókanie ust roczczynem chloranu potasowego; pojawienia się zapalenia błony śluzowej dziąseł autor nie zauważył. *Dr. I. L.*

Meyer George (Berlin). **Tlen w ratowaniu ludzi w kopalniach.** *(Deutsch. med. Wochenschrift* 1900, Nr. 2). Autor miał odczyt w Towarzystwie medycyny wewnętrznej w Berlinie z okazaniem przyrządów służących do oddecha-

nia tlenem w kopalniach i w miejscach przepełnionych gazami trującymi. Rzecz jest wogóle mało znana lekarzom, dlatego omawiał ją autor obszerniej. Jak wiadomo z tlenu wdechanego przerabia człowiek około 4% na kwas węglowy. W przyrządzie do oddechania, który człowiek nosi na plecach, w t. zw. „pneumatoforze", znajduje się 60 do 100 litrów zgęszczonego O. Ponieważ człowiek w 1 minucie wdecha i wydecha na objętość 5 litrów powietrza, więc skazany na oddechanie tlenem, zawartym w tym przyrządzie, zużyje owych 60 litrów w 12 minutach, albo 100 litrów w 20 minutach. Ale tylko 4% zużywa istotnie, a 96% wydecha z powietrzem wydechanem, więc trzeba tylko tę resztę oczyścić od CO_2, aby napowrót użyć tlenu już raz wydechanego. Zadanie to wiązania CO_2 spełniają alkalia żrące, umieszczone w przyrządzie. W ten sposób może człowiek ilością 60 litrów tlenu wystarczyć sobie na 1—1½ godz. a ilością 100 litrów na 2—2½ godziny. Dotychczas używane przyrządy, choć polegają wszystkie na zasadzie powyższej, mają różne niedogodności. Aby je ominąć wymyślił Giersberg, naczelnik straży pożarnej, przyrząd nowy, który autor pokazywał i objaśniał. Przyrząd nowy Giersberga przewyższa znacznie dotąd używane przyrządy Walcher-Gaertnera i Neuperta, a nadaje się tak w kopalniach, jak w czasie pożaru, wogóle w przestrzeni wypełnionej gazem niezdatnym do oddechania. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

Prof. Dr. Ludwig Kleinwächter. **Niedokładny rozwój macicy.** *(Wien. med. Presse.* Nr. 48). Autor w swej praktyce ginekologicznej znalazł 4·63% niedorozwoju macicy. Najniższym stopniem tego schorzenia jest macica dziecięca, charakteryzująca się znaczną nikłością, krótkością jamy, cienkością ścian, a co najważniejsza niestosunkiem długości szyi do długości trzonu. Schorzeniu temu może odpowiadać również nieodpowiedni rozwój jajników, pochwy i sromu. Kobiety dotknięte tą wadą rozwojową zwykle nie miesiączkują, gdy jajniki zaś są rozwinięte i pęcherzyki Graafa dojrzewają, wtedy mają t. zw. objawy zwiastunowe *(moliminae).* Mniejszym stopniem niedorozwoju będzie macica pokwitania (uterus prubescens v. infantilis), gdzie macica jest nieznacznie tylko mniejszą od macicy prawidłowej, a tylko zachodzi podobny niestosunek między długością szyi a trzonu, jak w poprzednim stopniu schorzenia. Miesiączkowanie w tych przypadkach zwykle pojawia się późno, bywa ono nieregularne i krótko trwające, a często boleśne *(dysmenorrhoe).* Macica taka może z biegiem lat dokształcić się i stać się zdolną do rozwoju jaja płodowego.

Trzecim rodzajem schorzenia jest macica niedokształcona *(ut. hypoplasticus)*; tu stosunek między szyją a trzonem jest prawidłowy, tylko macica w całości jest mniejszą. W takich przypadkach często miesiączkowanie się również opóźnia i bywa boleśnem. I ten rodzaj nieodpowiedniego rozwoju może z biegiem lat ustąpić dobremu rozwojowi.

Autor jest zdania, że częstą przyczyną nieodpowiedniego rozwoju macicy jest wczesne rozpoczęcie czynności płciowej u kobiet, które przed 21 rokiem życia wychodzą za mąż.

Leczenie macicy dziecięcej nie prowadzi zupełnie do celu.

Przy istnieniu macicy pokwitania i hypoplastycznej stósował autor leczenie elektrycznością i sprowadził zawsze prawidłowe miesiączkowanie, nie usunął jednak nigdy niepłodności. Zrobienie dyscysyi w tych schorzeniach uważa autor na podstawie swego rozumowania i doświadczenia za bezpodstawne. Jako dobry środek przeciw boleśnemu miesiączkowaniu uważa autor sporysz. Miesiączkowanie zastępcze uważa autor za bajkę. *St. D.*

Dr. J. B. Seldowicz. **O kokainizowaniu rdzenia sposobem Biera.** *(Centrblt. f. Chir.* 1899. Nr. 41). Na oddziele Zeidlera w Petersburgu stósował autor kilkakrotnie ten nowy sposób, niedawno przez Biera zalecony w miejsce innych środków znieczulających. Mianowicie: 1. U 59 l. kobiety wstrzyknął między 3—4 krąg lędźwiowy z strzykawki ½% rozczynu kokainy; znieczulenie wystąpiło po 8 minutach i zajmowało kończyny dolne aż do kolca talerza biodrowego. Zupełnie bez bólu wykonał amputacyę osteoplastyczną stopy sposobem Pirogowa. Operacya trwała 40 m. W 16 minut później (razem 56 m.) czucie wróciło. 2. Kobiecie 50 l. wstrzyknięto 0·006 kokainy w 1% rozczynie; znieczulenie wystąpiło po 9 minutach. Wykonano: odjęcie podudzia i wyjęcie gruczołów pachwinowych. Operacya trwała 30 minut; pod koniec operacyi czucie zaczęło powracać. 3. Kobiecie 55 l. wstrzyknięto 2 strzykawki 1% rozczynu kokainy; znieczulenie wystąpiło po 5 minutach. Bez bólu wyłuszczono gruczoły pachwinowe i wycięto dużego raka skórnego na udzie; ubytek ztąd powstały pokryto sposobem Thierscha. Znieczulenie trwało 35 minut i sięgało aż po okolicę pępka. 4. Dziewczynie 13 l. zastrzyknięto do rdzenia jedną strzykawkę 1% rozczynu; znieczulenie wystąpiło w 9 m. później i bez bólu wykonano typowe wypiłowanie stawu kolanowego. Operacya trwała 50 m. Z postrzeżeń tych wynika, że osiągnięto wynik pod względem znieczulenia zupełnie zadawalniający. U wszystkich jednak chorych stale występowały pewne objawy uboczne, jako to: ból głowy, zawrót głowy, wymioty, suchość w ustach, rozszerzenie źrenicy i co najważniejsza — znaczne podniesienie ciepłoty, do 40° C i wyżej. Objawy te jednak znikały już zwykle po pierwszej dobie. Autor, opierając się na równolegle przeprowadzonych doświadczeniach na zwierzętach, odnosi objawy te do zatrucia kokainą. *Herman.*

Schücking A. (Pyrmont).: **Nowy rozczyn do wlewania (infuzyi).** *(Therapeutische Monatshefte, 1899. Heft 12).* Zdania lekarzy co do skuteczności wlewań rozczynu solnego po krwotokach są podzielone. Rozczyn solny nie jest dla ustroju płynem obojętnym. W ogóle trzeba pamiętać, że nie ma płynów, któreby były obojętne dla serca. Badania Heringa wykazały, że rozczyn fizyologiczny soli, rozczyny alkaliów (aż do 0·1%), a także rozczyny różnych soli podrażniają mięsień na drodze elektrycznej, wskutek zamknięcia prądu spoczynkowego w mięśniu. Skurcz mięśnia powstaje więc wskutek podrażnienia elektrycznego, a nie z powodu podrażnienia chemicznego. Pewna zawartość soli w rozczynie wlewanym służy do utrzymania izotonii w osoczu krwi, tj. do zachowania ciałek krwi. Czysty fizyologiczny roztwór soli z początku działa pobudzająco, następnie jednakowoż, pod wpływem wstecznych wytworów przemiany materyi, które się nagromadzają, następuje porażenie serca.

Do tego początkowego okresu pobudzenia należy odnieść dobre skutki wlewań solnych w większej części. Na serce wycięte z ustroju o wiele korzystniej działają rozczyny soli kuchennej z dodatkiem innych soli, jak węglanu lub dwuwęglanu potasowego, ługu sodowego, soli wapniowych, co wykazali rozmaici badacze.

Przy wlewaniu rozczynu soli do ustroju idzie w pierwszym rzędzie o dostarczenie płynu. Po za tem głównem zadaniem jest usunięcie nagromadzonego w nadmiarze w tkankach kwasu węglowego, aby zapobiedz porażeniu serca. Doświadczenia pouczyły, że serce zniesie przez długi stosunkowo czas brak tlenu, jak tego dowodzi bicie serca, umieszczonego w atmosferze azotu.

W ustroju wiążą kwas węglowy rozmaite czynniki, z których przedewszystkiem należy wymienić działanie połączeń alkaliów z globuliną surowicy. Kwas węglowy łączy się z alkalium tego połączenia, tworząc węglan sodowy. Połączenia globuliny surowicy z alkaliami rozpadają się bardzo łatwo, w ogóle zdaje się, że nie dadzą się przenieść z surowicą krwi z jednego ustroju do drugiego podczas przelewania krwi. Trzeba jeszcze uwzględnić jeden niekorzystny objaw przy przetaczaniu krwi, że mianowicie ciałka czerwone krwi rozpadają się, a uwolniony z nich potas wpływa szkodliwie na już podupadłą energię serca.

Na podstawie tych przesłanek należy uważać za główne zadanie w ratowaniu ustroju po krwotoku: — wynaleźć takie połączenie chemiczne, któreby przyjęło na siebie czynność owych połączeń surowi

czo-globulinowo-alkalicznych przynajmniej na tak długo, dopokąd nie minie bezpośrednie niebezpieczeństwo życia z nagromadzenia dwutlenku węgla. Połączenie to powinno wiązać CO_2, nie szkodząc równocześnie życiu tkanek.

W tym celu zabrał się autor do zbadania cukrzanów alkaliów — *alkalisaccharot* — na które dotąd nie zwracano uwagi ani pod względem farmakologicznym, ani fizyologicznym. Nadawał się do tego tylko cukrzan sodowy, ponieważ surowica zawiera prawie wyłącznie sole sodowe.

Jest to połączenie klejkie, nie słodkie, raczej o smaku ługu, więc gorzkawe, rozpuszczalne w wodzie, wodzie cukrzanej i wyskoku — o wzorze C_{12} H_{21} Na N_{11}. Wysuszone przedstawia proszek białawy.

Jak w połączeniach surowiczo-globulinowo-alkalicznych ciało białkowate, tak w cukrzanie sodowym cukier działa jak kwas. Tak samo też pod wpływem kwasu węglowego rozkłada się cukrzan sodowy na węglan sodowy i cukier. W ten sposób cukrzan wiąże kwas węglowy, a jeżeli jest niezanieczyszczony, nie szkodzi tkankom ustroju, a więc odpowiada teoretycznym wskazaniom.

Doświadczenia autora w zakładzie fizyologicznym w Bernie pokazały dalej jeszcze i to, że dodatek cukrzanu sodowego do rozczynu, przeznaczonego do wlewania do ustroju, wpływa o wiele bardziej ożywczo, niż inne sole. Wycięte serce żaby, nie bijące od 16 godzin, biło na nowo w tym rozczynie.

Tak samo pokazały doświadczenia na zwierzętach ciepłokrwistych (królikach, kotach).

W ciągu badań dowiedział się autor, że już dawniej wlewał psom rozczyny cukru Justus Gaule, a za jego przykładem robili też próby na chorych klinicyści: Ewald i Senator. Nie ma to jednak nic wspólnego z badaniami autora, ponieważ wstrzykiwali oni rozczyny cukru trzcinowego z dodatkiem soli kuchennej i ługu sodowego, tymczasem cukrzan sodowy nie może zawierać ani śladu cukru, ani też ługu sodowego. Już nieznaczny dodatek wolnego ługu osłabiał serce, a większy nawet je porażał. Po doświadczeniach na zwierzętach wstrzyknął najpierw sobie autor podskórnie rozczyn fizyologiczny soli kuchennej z dodatkiem 0·03% cukrzanu sodowego. Oprócz lekkiego podwyższenia tętna nie zauważył żadnych niemiłych następstw. Odważył się więc na użycie sposobu tego w przypadkach rozpaczliwych, które mu się niebawem nadarzyły.

Na mocy tych prób doszedł do przekonania, że rozczyn nowy nadaje się znakomicie w krwotokach w zakażeniu gnilnem, w mocznicy.

Wstrzykiwać można podskórnie albo do żyły.

Warunkiem głównym jest czystość przetworu, który zresztą przechowuje się bez zmiany długo. Podług wskazówek autora przygotowuje cukrzan sodowy fabryka chemiczna „De Haën“ w Hannowerze, już odważony w rurkach szklanych. Wogóle wstrzykiwał autor nie wielkie ilości płynu po 100 $ctm.^3$ do 250 $ctm.^3$, wyjątkowo powtarzał dawkę 250 $ctm.^3$. Dodatek cukrzanu sodowego nie powinien przenosić 0·04, najwyżej 0·05%. Najlepiej używać rozczynu zawierającego 0·03% cukrzanu, a 0·6% chlorku sodowego.

Oprócz tego otwiera się jeszcze inny zakres stósowania cukrzanu sodowego, to jest na wewnątrz. Wszędzie tam, gdzie podajemy alkalia, mamy równocześnie do czynienia z kwasém węglowym, który, oswobadzając się z połączenia, często niepotrzebnie zawadza w naszem zadaniu terapeutycznem. Podając w takim razie cukrzan sodowy, obchodzimy tę niedogodność, a przytem otrzymujemy działanie przeciwzaczynowe i przeciwgnilne, jakie ten przetwór również rozwija. Po za tem jeszcze, użyty wewnętrznie, działa tonizująco na serce, zdaje się wskutek tego, że nie cały cukrzan sodowy rozszczepia się w żołądku, ale że część jego niezmieniona bywa wessana.

O zastósowaniu wewnętrznem cukrzanu sodowego ma podać autor szczegóły z doświadczeń własnych w przyszłości.

Dr. Eljasz Radzikowski.

E. Stadelmann.: **O tężcu i jego leczeniu.** *(Medicin.-Chirurg. Centrbltt.* Nr. 3, 1900). Świetne wyniki, oczekiwane z leczenia tego cierpienia surowicą przeciwtężcową Behringa lub Tizzoniego, nie bardzo się spełniły; — ba, nawet wstrzykiwania tej surowicy wprost w żyły, a później pod oponę twardą, lepszych nie dały wyników. Autor, wychodząc z założenia, że źródło tężca nie leży w mózgu, lecz w rdzeniu kręgowym, sądzi, że najodpowiedniejszem miejscem do tych wstrzykiwań jest przewód pacierzowy, tem bardziej, że sam zabieg jest i prostszy i dogodniejszy: Schulze zaś najpierw wypuszczał płyn mózgowo-rdzeniowy z okolicy lędźwiowej, a następnie wstrzykiwał surowicę przeciwtężcową. Ponieważ i to postępowanie nie dało zadowalniających wyników, przeto słusznie możnaby wnosić, że, jeśli ta surowica wprowadzona wprost do przewodu pacierzowego nie wywiera pomyślnego na tężec działania, to z wstrzykiwań jej podskórnych jeszcze mniejszych skutków spodziewać się należy. Wobec tego również słusznem wydaje się twierdzenie Behringa, Buchnera i Blumenthala, że surowica rzeczona nie ma w tężcu wartości leczniczej, lecz działa tylko uodporniająco, — co jednak wcale nie przeszkadza, by jej nadal nie stósowano.

Nowy sposób leczenia tężca podał Krokiewicz. Wstrzykiwał swym chorym zawiesinę, otrzymaną z mózgu króliczego i tem postępowaniem osiągnął kilka pomyślnych wyników; tak samo i Schramm we Lwowie. Wreszcie podaje autor metodę Bacellego, zasadzającą się na wstrzykiwaniu kwasu karbolowego chorym tężcowym, przyczem nadmienia, że na 33 przypadków tężca, leczonych tym sposobem, zaszedł tylko jeden przypadek śmierci — wynik, który korzystnie za tem leczeniem przemawia. Oczywiście, że obok tego stósować także należy przetwory bromu i wodnik chloralowy. Jaksch zachwala uretany, w cięższych przypadkach tężca lekkie uśpienie chloroformem; kąpiele zaś ciepłe są mniej dobre.

Dr. Henryk Pisek.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zeltner podawał na klinice Penzoldta Orexinum tannicum i przekonał się zgodnie z innymi autorami, iż przetwór ten nie posiada ani woni ani smaku, że się nierozkłada, że przewyższa działalnością inne związki orexyny. Przetwór ten podawał z dobrym skutkiem w gruźlicy płuc, błednicy, niedokrewności, niedomodze nerwowej, histeryi, niestrawności i t. d., jako środek pobudzający łaknienie, dla dorosłych w dawce 1—2 grm. dwa razy dziennie, na godzinę lub dwie przed obiadem lub kolacyą; dla dzieci w dawce 0·25—0·5 grm. Również skutecznem okazało się działanie garbnikanu orexyny w uporczywych wymiotach u ciężarnych w dawkach 0·3—0·4 grm. dwa razy dziennie, w ciągu kilku dni z rzędu.

Prof. Schüller podawał garbnikan orexyny z dobrym skutkiem przeciw wymiotom, jakie się pojawiają po uśpieniu chloroformowem, w dawkach 0·3—0·4 grm. *J. L.*

Thiocol i Sirolin stósował z wynikiem dodatnim Sangregori w dwudziestu przypadkach gruźlicy płuc, w jednym przypadku śluzoropotoku oskrzelowego i jednym zapalenia oskrzeli gnilnego, przyczem podczas leczenia przypadków gruźliczych zauważył, iż tak thiocol jak i sirolin powodują, że gorączka zmniejsza się, albo też zupełnie ustępuje; podobnie znikają lub zmniejszają się inne objawy, np. kaszel, rzężenia; zmiejsza się ilość prątków gruźliczych, włókien sprężystych; polepsza się ogólny stan chorego, następuje przybytek na wadze ciała, zwiększa się siła mięśniowa i pojemność oddechowa. Oba środki nie sprawiały chorym żadnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Sangregori zgodnie z de Renzim poleca dawkę 4—5 grm. dziennie thiocolu, albo 5—6 łyżeczek siroliny, — nie przekraczając jednak tej dziennej dawki. W przypadku śluzoropotoku oskrzelowego, w którym ilość plwocin dochodziła do przeszło ½ litra dziennie, zmniejszył się po 12 dniowym podawaniu thiocolu kaszel, ilość plwocin i t. d. Podobnie

i sirolin spowodował znaczne polepszenie w przypadku zapalenia oskrzeli gnilnego. (*Gazzeta médica Lombarda* 1899, Nr. 42).

J. L.

Aspirynę poleca L. Kétly, jako środek posiadający wszystkie dodatnie własności lecznicze i swoiste salicylanu sodowego, przewyższający go jednak o tyle, iż nie wywołuje ubocznych objawów. Według doświadczeń jego, najstósowniej podawać aspirynę w odstępach czasu, niezbyt dalekich od siebie, — najlepiej co godzinę, gdyż przy tym sposobie podawania najwięcej występuje jego działanie przeciwgorączkowe, przeciwgnilne i uśmierzające. Kétly podawał aspirynę w 12 przypadkach zapalenia wielostawowego, a w 14 przypadkach bólów gośćcowych. Po podaniu aspiryny wystąpiły poty bardzo obfite — już w pół godziny. Przy długotrwałem podawaniu aspiryny nie zauważył objawów ubocznych; chorzy nie uskarżali się na bóle głowy, ani szum w uszach, lub nudności, ani też na przypady ze strony przewodu pokarmowego. *J. L.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 26-go stycznia 1900 r.

Przewodniczący kol. Sielski. Członków obecnych 40.

Przed rozpoczęciem oficyalnego posiedzenia kol. Sielski w gorących słowach dziękuje za wybór, a wyraziwszy nadzieję poparcia ze strony członków, w krótkości zakreśla plan swej działalności na rok bieżący.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Pamięć zmarłego kol. Błotnickiego, na wniosek przewodniczącego, obecni uczcili przez powstanie.

Zapowiedziana dyskusya nie przyszła do skutku.

Kol. Mars mówił o krwisteku (*Haematocele*).

Zaznaczywszy znaczny w ostatnich czasach postęp ginekologii operacyjnej, powstanie masy szkół, towarzystw i wydawnictw ginekologicznych, zauważa w wielu kierunkach kolosalny chaos, jak naprzykład w postępowaniu leczniczem w krwisteku. Po krótkiem skreśleniu etyologii, teoryi, sposobów powstawania, podziału, czasu trwania, rokowania na przyszłość i różnych danych statystycznych co do zejścia śmiertelnego i wyników operacyjnych, przychodzi kol. Mars do sposobów leczenia. Różni autorowie są przedstawicielami różnych szkół: najbardziej skrajnym jest Winkel, który podaje, że zawsze leczył zachowawczo i nigdy nie potrzebował operować. Inni zaś, jak Hegar, Martin, Dührssen, operują prawie zawsze, zwłaszcza tam, gdzie chora nie ma czasu na żmudne leczenie szpitalne. Co do samej operacyi, to operować można albo przez pochwę, albo przez otwarcie powłok brzusznych (*per laparotomiam*); przy tej okazyi kol Mars opisuje przebieg obu tych operacyj i zaznacza, że tak w wyborze sposobów leczenia, jak i sposobów operowania, istnieje u ginekologów pewnego rodzaju szablonowość. Wymieniwszy wskazania do operacyi Winternitza i Gusserowa, kol. Mars stawia swoje zapatrywania tak co do wskazań samych, jak i zależnego od pojedyńczych przypadków sposobu operowania.

Wskazania dzieli na bezwzględne i względne.

A) Do pierwszych, bezwzględnych, gdzie zawsze trzeba operować, zalicza: 1) gdzie guz wzrasta i są częste nawroty (operować *per laparotomiam*); 2) gdzie przyszło do zropienia (operować *per vaginam*); 3) gdzie przyszło do pęknięcia (operować *per laparotomiam*).

B) Do drugich, względnych, gdzie można operować, zalicza te przypadki, 1) gdzie guz leczony zachowawczo nie ustępuje, 2) gdzie chora nie może się długo leczyć i 3) gdzie nastąpiło przebicie do odbytnicy. We wszystkich tych ostatnich przypadkach obranie drogi zależy od stosunków anatomicznych i decyzyi chorej.

Dalej kol. Mars zaznacza, że operacya powinna zawsze być radykalną, powinna usuwać nietylko cierpienie, ale i źródło cierpienia. Doszczętne usunięcie krwisteku przez pochwę nie wytrzymuje krytyki.

Czas trwania leczenia we wszystkich przypadkach zależy od powikłań. Streszczając się, radzi kol. Mars przedewszystkiem operować pacyentki biedniejsze, a operując już, operować radykalnie, obranie zaś drogi zależy od każdego poszczególnego przypadku.

W dyskusyi zabierają głos: a) kol. Festenburg, który ze względu na możliwe i nieprzewidziane powikłania w czasie operacyi sprzeciwia się zostawieniu wyboru drogi operacyjnej pacyentce. b) kol. Bylicki, który, zaznaczywszy, że każdy operator ma zwykle swoje, nabyte doświadczeniem, wskazania, radzi być bardzo wstrzemięźliwym w operowaniu, a zwłaszcza nigdy nie operować przypadków świeżych. Operując przez pochwę radzi kol. Bylicki usuwać skrzepy krwi wycieraniem wacikiem. c) kol. Rosner proponuje, ze względu na pochodzenie, podział na krwisteki położnicze i na krwisteki ginekologiczne; przy pierwszych operować, przy drugich leczyć zachowawczo. Kol. Mars, odpowiadając między innemi zaznacza, że wycieranie wacikiem, tak, jak i przestrzykiwania jam po krwisteku, uważa za bardzo ryzykowne i że po odejściu krwi i skrzepów zakłada tylko worek z gazy.

Kol. Barącz przedstawia przypadek wodniaka mosznowego (*hydrocele testis*), operowany doszczętnie przed tygodniem sposobem Winkelmanna. Sposób ten jest o tyle dogodnym, że daje się wykonać ambulatoryjnie i że skraca znacznie czas trwania leczenia. (Przy zastósowaniu sposobu Volkmanna leczenie trwa przeciętnie 3 tygodnie, przy użyciu sposobu Bergmana 10 dni). Również odpada tu odczyn zapalny, występujący przy użyciu wstrzykiwania nalewki jodowej Jeżeli wyniki ostateczne będą dobre, to sposób ten, dla swej prostoty, zasługiwałby na ogólne zastósowanie.

Kol. W. Sieradzki radzi w przyszłości zwrócić baczną uwagę, czy nie występują bóle, lub zgoła zanik tak operowanego jądra.

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 31-go stycznia 1900 roku.

Przewodniczący kol. prof. Jordan.

Kol. Lewkowicz, zeszłoroczny sekretarz doroczny, odczytuje protokół z posiedzenia Tow. lek. z dnia 3 stycznia b. r., uzupełniony żądaną poprawką i protokół z posiedzenia w dniu 10 stycznia b. r.

Oba protokóły przyjęto.

Kol. Sekretarz tegoroczny odczytuje protokół z posiedzenia Towarzystwa w dniu 17 stycznia b. r. Protokół przyjęto.

Przyjęto jednogłośnie na członków Towarzystwa kolegów: Stanisława Jaugustyna i Zygmunta Wąsowicza.

Następnie zabrał głos kol. Przewodniczący, prosząc obecnych, by pozwolili z tego miejsca poświęcić kilka słów pamięci ś. p. kolegi Napoleona Kostaneckiego.

Zmarły nie był wprawdzie członkiem Towarzystwa lekarskiego, jednakowoż jego zalety ducha, nieszczęśliwy zbieg okoliczności, wśród których zeszedł ze świata, a dalej okoliczności, że jedynie ze względów materyalnych nie był jeszcze członkiem, usprawiedliwiają wyjątek, jaki Towarzystwo robi dla Zmarłego. I zasługuje na ten wyjątek, gdyż obok wybitnych zdolności, łączył w sobie Zmarły piękny i nieskazitelny charakter, zapał i chęci do pracy, zalety, rokujące wiele nadziei na przyszłość. Pomimo, że Zmarły stał przekonaniami daleko od przekonań mówcy, szanował Go i cenił tem więcej, im bliżej poznawał jego zapał i dobrą wiarę, z której te przekonania płynęły. Zmarły kroczył w życiu wśród cierni i walczył prawie na każdym kroku z przeciwnościami, a dobiwszy się stanowiska, na którem mógł rozpocząć pracę, pragnął ciężkie warunki społeczne, wśród których sam się dobijał według swych sił i możności, drogami, w które wierzył, że są dobre, polepszyć. Naukowo pracował niedługo, ale skutecznie, jeżeli w krótkim czasie przedstawił trzy prace, z których jedną nagrodzono na konkursie Wydziału lekarskiego. To wróżyło nadzieję, że w przyszłości da społeczeństwu wiele. Niestety zmarł wcześnie, a myśmy stracili w Nim prawdziwie dodatnią i niezwykłej miary jednostkę.

Obecni wysłuchali przemówienia stojąc, dając tem samem wyraz ciepłym, szczerym i z prawdziwie młodzieńczym polotem wypowiedzianym słowom mówcy.

Kol. Hirsch stawia wnioski, żądające: 1) by Tow. lek. dało odpowiedź na artykuły niektórych dzienników politycznych, występujące z okazyi śmierci ś p. N. Kostaneckiego przeciw dążnościom naukowym, podjętym dla dobra ludzkości; 2) by Tow. lek. wyraziło uznanie kol. prof. Bujwidowi za jego pełną poświęcenia pracę, a 3) by Tow. lek. wzięło na siebie inicyatywę uczczenia ś. p. kol. N. Kostaneckiego.

Kol. Przewodniczący proponuje wnioskodawcy odłożyć dyskusyę nad wnioskiem na później, mianowicie po odczycie kol. prof. Bujwida.

Gdy kol. Hirsch na propozycyę się zgodził, zabrał głos kol. prof. Bujwid. Mówca przedstawia genezę doświadczeń dżumowych, skreśla pracę ś. p. N. Kostaneckiego w swoim Zakładzie, opisuje przebieg jego choroby, okoliczności, wśród jakich przyszła mu na myśl możliwość moru u zmarłego; wyniki badań plwociny, przeprowadzonych przez prof. Weichselbauma, oraz ostateczny wynik badań bakteryologicznych cieczy surowiczej z opłucnej, tkanki płucnej i śledziony, wziętych w tym celu przy sekcyi zmarłego.

Kol. prof. Pareński opisuje przypadek ze stanowiska klinicznego i przytacza punkta, na podstawie których wykluczał z wielkiem prawdopodobieństwem dżumę.

Kol. prof. Browicz tłómaczy, dlaczego zrobiono tylko częściową sekcyę, opisuje zmiany anatomo-patologiczne, jakie znaleziono przy sekcyi. Na podstawie znalezionych zmian rozpoznano chorobę zakaźną ostrą; jakości zakażenia na podstawie zmian anat.-patol. rozpoznać nie można, zostawiono rozstrzygnięcie badaniom bakteryologicznym.

Kol. Bier omawia wyniki badań plwociny, przeprowadzonych przez prof. Weichselbauma, oraz wyniki badań bakteryologicznych, przeprowadzonych w tutejszym zakładzie higieny, przy których współdziałał.

Kol. prof. Ciechanowski omawia obecne metody leczenia dżumy, przytacza wyniki leczenia temi metodami, znane mu z literatury, wyraża przekonanie, że i u nas należy pomyśleć o tych środkach leczniczych, wobec możliwości dostania się tej zarazy do kraju. Do tego potrzebne są jednakowoż hodowle prątków dżumowych, a tem samem pozwolenie ich hodowania w zakładach bakteryologicznych.

Kol. prof. Nowak omawia obszernie sposoby przenoszenia się dżumy, podnosi środki obronne, jakie wobec możliwej dżumy w Europie przedsięwzięto w innych państwach, a szczególnie w Niemczech. Zwraca uwagę na konieczność postarania się o nie u nas i kończy przemówienie następującym wnioskiem:

Towarzystwo lekarskie wybiera Komisyę, któraby przedstawiła memoryał, określający kierunek, w jakim winny być porobione środki zaradcze dla zapobieżenia, a w razie potrzeby dla przygotowania środków obronnych przeciw tej zarazie w kraju. (Powyższe referaty pomieszczono w całej rozciągłości w Nrze 6 *Przeglądu lekarskiego*).

Kol. Schöngut stawia wniosek o zamknięcie dyskusyi nad wnioskami koll. Hirscha i Nowaka i odłożenie jej na następne posiedzenie Tow. lek.

Kol. prof. Ciechanowski stawia następujący wniosek: Zgromadzenie przyjmuje w zasadzie wnioski kol. Hirscha i kol. prof. Nowaka i odsyła je do ostatecznego załatwienia Komitetowi Tow. lek.

Kol. Przewodniczący przedkłada jeszcze raz Zgromadzeniu wnioski, tłómaczy, że wniosek kol. prof. Ciechanowskiego jest najdalej idącym, że zatem wniosek ten pierwszy podda pod głosowanie.

Kol. Schöngut zabiera głos w sprawie formalnej, broniąc pierwszeństwa swego wniosku.

Kol. Przewodniczący tłómaczy raz jeszcze, że wniosek kol. prof. Ciechanowskiego jest najdalej idącym, gdyż, oddając sprawę wniosków do załatwienia Komitetowi Tow. lek., tem samem kończy całą sprawę, podczas gdy wniosek kol. Schönguta odracza tylko sprawę.

Po tem wyjaśnieniu poddaje pod głosowanie wniosek kol. prof. Ciechanowskiego, który przechodzi liczbą głosów 29, przeciw 15 głosom przeciwnym.

Na tem zamknięto posiedzenie.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz doroczny.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie ubezpieczenia lekarzy i ich rodzin.

Wiedeńskie „Wiener medic. Doctoren-Collegium" (W. m. D.—C.) przysłało w grudniu 1899 do Tow. lek. krak. oświadczeniej że przy rzeczonem Towarzystwie wiedeńskiem znajdują się jako odrębne instytucye, lecz z głównem Towarz. ściśle połączone instytucye mające za cel różnego rodzaju ubezpieczenia lekarzy, względnie zabezpieczenie funduszów pozostałym po lekarzach wdowom i sierotom. Sprawą takich ubezpieczeń zajmują się liczne koła lekarskie, jużto w Izbach, jużto w Towarzystwach lekarskich, nie mogąc dojść do dodatnich wyników i z tego powodu nie polecają swym członkom żadnego zazwyczaj wyjścia tak, że tylko pewna część przezorniejszych lekarzy ubezpiecza się w różnych Tow. ubezpieczeń; reszta bez wytkniętego kierunku ogranicza się do narzekań.

Aby więc złemu ile można zapobiedz, udaje się W. m. D.—C. z prośbą do Tow. lek. krak., by na właściwej drodze podało do wiadomości swych członków, że z łona W. m. D.—C. wyszły następujące instytucye.

1) Tow. wdów i sierot (*Wittwen u. Waisen Societät*), zapewniające wdowom i sierotom po lekarzach pensye do wysokości 700 złr. a. w. rocznie, a rozporządzające kapitałem 2,713,893 złr.

2) Instytut pensyjny (*Pensions-Institut*), zapewniający po 60 r. życia lekarzom pensye do wysokości 600 złr. rocznie, a rozporządzający kapitałem 578,326 złr.

3) Instytut wsparć (*Unterstützungs-Institut*) zapewniający lekarzom w razie choroby, nieszczęścia lub t. p. wsparcia czasowe lub stałe, do wysokości 400 złr. rocznie, a rozporządzający kapitałem 195.057 złr.

4) Fundusz na kąpiele (*Badecur-Fond*) udzielający członkom W. m. Dr. C. zasiłków na wyjazd do kąpiel i zniżenia cen jazdy. Kapitał 8,802 złr.

7) Tow. wsparcia dla wdów i sierot po tych członkach W. m. Dr. C., którzy nie należeli do Tow. wdów i sierot, udzielające wdowom i sierotom rzeczonych lekarzy wsparć rocznych od 40—120 złr. Kapitał 89,684 złr.

Komitet Tow. lek. krak. polecił swemu skarbnikowi zbadanie statutów i sprawozdań kasowych z r. 1897, dołączonych do pisma W. m. Dr. C., porównania ich z warunkami podobnego ubezpieczenia w krak. wzaj. Tow. ubezpieczeń i przedstawienia odpowiednich wniosków, opartych na sprawozdaniu, na jednem z najbliższych posiedzeń.

Wywiązując się z danego polecenia, zdaję naprzód pokrótce sprawę z pism, dołączonych do listu W. m. Dr. C.

Otóż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że część rachunkowo-kasowa tych różnych instytucyj prowadzoną jest wzorowo. Dalej, że warunki ubezpieczenia w tych instytucyach nie są drogie.

Przyznać jednak należy, że dla naszych stosunków ubezpieczenia te przedstawiają pewne trudności, nie łatwe do pokonania. Lecz przystąpmy do szczegółów.

Chcąc uczestniczyć w korzyściach należenia do tych instytucyj, trzeba przedewszystkiem należeć do W. m. Dr. C (wstępne 30 złr. (60 kor.), wkładka roczna 5 złr. (10 kor.). Dopiero będąc członkiem W. m. Dr. C. można przystąpić do jednej lub kilku z wyżej przytoczonych instytucyj, lecz w tym celu, jeśli się chce należeć do pierwszych dwóch (a więc najważniejszych), trzeba przyjechać osobiście do Wiednia celem zbadania stanu zdrowia starającego się; tylko wyjątkowo można być uwolnionym. Ważniejsze warunki przyjęcia do Tow. wdów i sierot są następujące:

I. Jednorazowe złożenie promii asekuracyjnej (więcej premii się nie płaci).

II. Opłata rocznej wkładki w kwocie 21 złr. (42 koron), względnie złożenie jednorazowej kwoty zamiast wkładek rocznych. W razie śmierci tak ubezpieczonego otrzymuje jego wdowa, (lub jego sieroty) pensyę roczną w kwocie 700 złr. (1400 kor.). Można jednakowoż ubezpieczyć dla wdowy (względnie sierót) mniejszą pensyę, t. j. jedną, dwie, trzy i t. p. dziesiąte części tej pensyi, przyczem naturalnie opłaca się tylko odpowiednią ilość dziesiątych części wyżej podanych opłat. W razie, gdyby żona ubezpieczającego zmarła wcześniej, Tow. nie zwraca nic (podobnież Krak. Towarz. ubezp.). Ale pozostałe dzieci są nadal ubezpieczone i mają na wypadek śmierci ubezpieczającego zapewnioną pensyę roczną w tej samej wysokości, jeśli ubezpieczający nadal płaci swą wkładkę 21 złr. (względnie $^1/_{10}$ lub więcej). Jeśli zaś ubezpieczający po owdowieniu żeni się raz drugi, to chcąc zabezpieczyć żonie (drugiej) pensyę, musi zupełnie na nowo złożyć ową premię asekuracyjną jednorazową. Dzieciom z drugiego małżeństwa to ubezpieczenie zapewnia pensyę w razie sieroctwa. Najlepiej ilustrują to przykłady.

Lekarz chce w Tow. wdów i sierot (wiedeńskiem) zabezpieczyć swej wdowie i sierotom pensyę roczną 700 złr. (1400 koron), albo może i $^1/_{10}$ lub $^3/_{10}$ i t. d. Musi więc naprzód przystąpić do W. m. Dr. C, złożyć 30 złr. (60 kor.) wpisowego i opłacić 5 złr. (10 kor.) rocznie. Następnie musi pojechać do Wiednia i starać się o przyjęcie do Tow. wdów i sierot. W razie przyjęcia składa jednorazową premię asekuracyjną, stósowną do wieku swego i żony.

Np. lekarz lat	30	żona 20	premia	jednoraz.	1778 złr.
„ „	45	„ 35	„	„	1941 „
„ „	50	„ 30	„	„	3409 „
„ „	30	„ 30	„	„	1390 „

Prócz tego musi do końca życia zawsze w styczniu składać wkładkę roczną 21 złr. (względnie $^1/_{10}$).

W krak. Tow. ubezp. płaci ten lekarz

w I wypadku	212 złr.	corocznie[1])
w II „	263 „	„
w III „	445 „	„
w IV „	180 „	„

Ponieważ krak. Tow. ubezpieczeń nie ma takiej tablicy, by za jednorazową premią zabezpieczało pensyę wdowią po śmierci ubezpieczającego, przeto porównanie jest bardzo trudne. W każdym razie krak. Tow. przyjmuje ubezpieczenie tylko dla wdowy samej; zaś wiedeńskie zapewnia i sierotom po niej pensyę aż do pełnoletności, co stanowi ogromną korzyść dla ubezpieczonej w ten sposób całej rodziny.

Natomiast trudnością jest wielką dla początkującego zwłaszcza lekarza złożenie naraz znaczniejszej premi asekuracyjnej jednorazowej. Aby tę trudność zmniejszyć, pozwala statut tego Towarzystwa na ubezpieczenie dziesiątych części 700 złr., a więc 70, 140, 210 i t. d. rocznej pensyi z prawem podwyższenia jej aż do pełnych 700 złr. rocznie, przyczem za każdą $^1/_{10}$ upłaca się również tylko jednorazową premię asek. w wysokości $^1/_{10}$ części wyżej podanych premii.

Np.: Lekarz mający lat 30 (żona lat 20) ubezpiecza dla swej wdowy, względnie sierot, $^1/_{10}$ część pełnej pensyi rocznej, tj. 70 złr., składa więc jednorazowo 177 złr. 80 ct. i rocznie 2 złr. 10 ct. Za dwa lata, uzbierawszy nieco grosza, podnosi wysokość pensyi dla swej wdowy o $^1/_{10}$, a więc do kwoty 210 złr. rocznej pensyi. W takim razie składa jednorazowo $^2/_{10}$ premii odpowiadającej jego i żony wiekowi (lat 32 i 22). t. j. 187 złr. 50 ct. × 2 = 375 złr. i rocznie o 2 złr. 10 × 2 = 4 złr. 20 więcej, a więc 6 złr. 20. W ten sposób dochodzi stopniowo do pełnej kwoty 700 złr. rocznej pensyi dla swej wdowy, względnie sierot. Zabezpieczenia wyżej pensyi ponad 700 złr. rocznie Tow. wiedeńskie nie przyjmuje.

Dodać tu wreszcie muszę, że tak zabezpieczone pensye wdowie (względnie sierocie) pobiera obecnie 182 rodzin (wdów lub sierot) w kwocie ogólnej 123.750 złr. rocznie, a w wykazie szczegółowym znajdujemy tu nazwiska wdów po wielu profesorach uniwersytetu wiedeńskiego i wielu lekarzy głównie wiedeńskich, mniej licznie nazwiska wdów po lekarzach z prowincyi, — z Galicyi ani jednej.

Dla ścisłości dodać jeszcze muszę, że lekarze wojskowi mogą również do Towarzystwa tego należeć, lecz płacą premie jednorazowe o 10% wyższe, a rocznie 42 złr.; — zaś lekarze cywilni, o ile jeszcze do służby wojskowej są obowiązani, płacą premie o 2% wyższe.

Drugą instytucyą humanitarną W. m. Dr. C. jest tak zwany fundusz pensyjny. Zapewnia on swym członkom za opłatą rocznej lub jednorazowej premii pensyę roczną od 6-ego roku życia do śmierci w wysokości 600 złr. rocznie, względnie $^2/_3$, $^1/_2$ lub $^1/_3$ tej kwoty. I tu należy być członkiem W. m. Dr. C., a celem przyjęcia stawić się osobiście w Wiedniu. Celem porównania przytaczam tu premie roczne, które opłacać należy rocznie w wiedeńskiem i krakowskiem Tow. za zabezpieczenie sobie rocznej pensyi 600 złr. po r. 60 życia:

Wiek	W Towarzystwie		
	krakowskiem rocznie Tab. XII	wiedeńskiem	
		rocznie	albo jednorazowo
3	87·48	81·76	1304·75
35	122·82	114·30	1667·00
40	179·16	166·00	2138·00

Jeśli się opłaci wkładki do W. m. Dr. C., to ta mała różnica się wyrówna tak, że ubezpieczenie się specyalnie w Wied. Instytucie pensyjnym nie przedstawia szczególnych korzyści.

Pozostałyby wreszcie do omówienia resztujące instytucye humanitarne W. m. Dr. C. — Ale między przysłanymi do Tow. lek. krak. statutami i sprawozdaniami rocznymi brak jest dokładniejszych szczegółów w tym kierunku. Zresztą zdaje mi się, że pozostałe instytucye, o których wreszcie na początku już wspominałem, nie przedstawiają dla nas szczególniejszego interesu, a nie rozporządzają funduszami dostatecznymi, by z nich lekarz, od zarządu oddalony, mógł odnieść korzyść.

Jest jednak jeszcze jedna ważna sprawa, której przy omawianiu tych kwestyj milczeniem pominąć nie mogę. Jestto sprawa funduszów Tow. lek. galic., do których na mocy układu z przed lat blizko dwudziestu każdy członek Tow. lek. krak. składa jednorazowo wstępne w kwocie 20 koron, a następnie z wkładek kwartalnych 4 korony rocznie, uzyskując w zamian prawo wsparcia w razie nieszczęścia dla siebie, a pomocy dla swej wdowy i sierot. Przyznać należy, że fundusze te są obecnie nie zbyt wielkie, majątek Tow. lek. gal. według sprawozdania za rok 1898 wynosi około 300,000 koron, pensyi i zapomóg wypłaca rocznie około 9000 koron, z których niektóre dochodzą do 400 koron rocznie. Otóż byłoby zdaje mi się wskazanem, aby jak największa liczba lekarzy do naszych Towarzystw przystąpiła i swemi wkładkami fundusze te zasilała. Skoro zaś fundusze te wzrosną, nie wątpię, że i Tow. lek. galic., biorąc wzór z W. m. Dr. C., wprowadzi u siebie rodzaj zabezpieczenia pensyi wdów i sierot, która wtenczas nie byłaby — jak dotąd — rodzajem jałmużny, którą się tylko potrzebującym udziela, lecz pensyą należącą się ubezpieczonej wdowie na podstawie obopólnej umowy między Towarzystwem a ubezpieczającym się.

Gdyby który z kolegów zainteresował się bliżej temi sprawami i na powyższem pobieżnem przedstawieniu rzeczy nie chciał poprzestać, służę bardzo chętnie każdej chwili wszelkiemi wyjaśnieniami, o ile sprawozdania i statuty, jakie mi są przystępne, udzielić mi ich pozwolą.

Dr. J. Gwiazdomorski.

Kraków w Lutym 1900 r.

[1]) Patrz tablicę XIV krak. Tow. ubezp.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem odbył się odczyt „O krwotokach w trzecim okresie porodowym i tuż po porodzie"; kol. prof. Kostanecki przedstawił na rysunkach i graficznie stosunki anatomiczne unaczynienia macicy prawidłowej; kol. prof. Cybulski mówił o fizyologicznych warunkach krążenia w macicy; koledzy: S. Dobrowolski i T. Piotrowski wyłożyli stronę kliniczną i operacyjną tematu odczytowego. W dyskusyi zabierali głos koledzy: doc. Braun, prof. Rosner, prof. Jordan i doc. Rutkowski.

* Od kol. Prof. I. Nowaka otrzymaliśmy następujące uwagi: »Do zamieszczonego w 6-ym Nrze »*Przeglądu lekarskiego*« przemówienia mojego na nadzwyczajnem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 31 z. m. winienem dodać, iż w rozprawach o dżumie, oprócz tego, co zostało ogłoszone drukiem, powiedziałem jeszcze co następuje: »Doświadczenia nad zarazkiem dżumy winno mieć państwo w swojej ewidencyi, a tego samego zapatrywania był i Kongres higienistów niemieckich, wypowiadając zdanie, że jadowite hodowle dżumy winny być wydawane tylko za pośrednictwem kanclerza państwa«.

Prof. I. Nowak.

* W N. 7 »*Münch med. Wochenschrift*« czytamy kilka zajmujących szczegółów o toczącej się w południowej Afryce wojnie. Podług doniesienia naczelnego chirurga armii angielskiej, Mac Cormaca, z lekarzy europejskich, czynnych w ambulansie podczas styczniowych bitew, było tylko dwóch Niemców lekarzy wojskowych: Dr. Schmidt i Dr. Krumacher; dziwi to oczywiście Mac Cormaca, gdyż prasa europejska zapowiadała wysłanie przez niemal wszystkie mocarstwa militarne swoich przedstawicieli. »*British mediz. Journal*« potwierdza, że pociski z broni systemu Mausera o tyle nie sprawiają głębokich zniszczeń, że tylko 8% umiera z ran, a $^2/_3$ ranionych po upływie 3 tygodni stają się zdolnymi do dalszej walki. »*Münch. med. Woch.*« wyraża zdziwienie, że, wobec tego doświadczenia, Boerowie pozwalają Anglikom zabierać swoich rannych, zwłaszcza, że ta wspaniałomyślność nie polega na wzajemności. Cięgi zadane Anglikom wpłynęły na sąd ich o Boerach: przed rozpoczęciem wojny dziennikarstwo angielskie przedstawiało Boerów, jako karykatury ludzkiej postaci; obecnie ogłasza »*Lancet*« artykuł p. t. »*The Physique of the Boers*«, w którym maluje Boera jako ideał męzkiej budowy; w wzroście, sile i doskonałości cielesnej stoi on wyżej od Anglika; średnia wysokość Boera wynosi 6 stóp i 2 cale. Że w tem zdrowem ciele mieszka i zdrowy duch,

świadczy o tem brak alkoholizmu, występków i z nimi związanych chorób, tak częstych w wojsku angielskiem. Każdy Boer jest zdolny do broni i walki za kraj rodzinny i każdy z nich jest roślejszy, silniejszy zdrowszy na duchu i ciele od żołnierza angielskiego, mającego wrzekomo stanowić wybór ludności. Do wojska Boerów powołani zostali wszyscy mężczyźni od 14 do 60 lat bez wyboru: jakże smutny widok przedstawiałoby w porównaniu wojsko angielskie w tychże samych warunkach!

Münch. med. Woch. kończy uwagą: każdy przyjaciel Boerów z zadowolnieniem przeczyta te słowa uznania ze strony angielskiej; szkoda tylko, że autor bezstronnego artykułu w »*Lancecie*« nie wyciąga nasuwającego się wniosku, że tak tęgi i pod każdym względem doskonały lud wart przecie niepodległości.

* Redakcya »*Zdrowia*« zwróciła się do warsz. Towarzystwa higienicznego z propozycyą objęcia tego wydawnictwa. Młodemu a już zasłużonemu Towarz. higienicznemu przybędzie potężna dźwignia do działania na szeroko zakreślonem polu higieny społecznej.

* Mór w Oporto wygasł zupełnie; natomiast w Bombayu sroży się z nadzwyczajną złośliwością; d. 6 b. m. umarło w tem mieście 408 osób, liczba do tej pory niebywała.

* Liczba kobiet, poświęcających się studyom uniwersyteckim w Niemczech, wynosiła w przeszłem półroczu 644; z tych Berlinie 406, w Wrocławiu 47, w Bonn 44, w Getyndze 37, w Halli 33, w Kilonii 20, w Freiburgu 16, w Strassburgu 15, w Królewcu 14, w Heidelbergu 13, w Marburgu 8. w Tubindze 5 i w Würzburgu 1. Do tej pory tylko Giessen i Jena z zasady zachowują się odpornie względem uniwersyteckich studyów kobiecych.

* Dr. Leopold Glück, Radca zdrowia i prymaryusz szpitala powsz. w Serajewie, zaszczytnie znany w piśmiennictwie lekar. polskiem, wybrany został na członka honorowego przez Towarzystwo lekarskie Królestw Kroacyi i Slawonii.

* Zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie od 18 do 21 kwietnia b. r. Zgłaszać się należy pod adresem: Dr. Joachimsthala (*Berlin W. Markgrafen* Str. 81) lub Dr. Immelmanna (*Berlin W. Lützow* Str. 72). Odczyty i demonstracye zapowiedzieć należy przed 17 marca pod adresem Dr. Bergmanna (*Berlin N. W. Alexanderufer*, I). Ze zjazdem tym połączona będzie wystawa przyrządów i narzędzi chirurgicznych, oraz przedmiotów do pielęgnowania chorych.

* Drezdenskie „*Medicinalcollegium*“ uchwaliło następujący wniosek: Ogólne zgromadzenie uważa obowiązkowe donoszenie władzy o każdym przypadku gruźlicy, za rzecz niezbędną, a mianowicie: 1) o każdym przypadku śmierci z gruźlicy, 2) jeżeli chory na gruźlicę opuszcza mieszkanie, lub jeżeli przebywanie jego w domu zagraża otoczeniu, 3) o każdym przypadku choroby w zakładach publicznych (sanatorya, przytułki, hotele, pensyonaty i t. d.).

* Między polikliniką berlińską a zarządem związku wolno wybranych lekarzy kas chorych nastąpił układ, mocą którego każdy z tych lekarzy może posyłać członków kasy, chorych na płuca, do polikliniki dla zbadania bakteryologicznego, a w razach watpliwych i klinicznego. Wynik badania poliklinika prześle lekarzowi, a nie ma doręczać choremu.

* Dr. Józef Gałuszka mianowany został lekarzem miejskim w Myślenicach.

* W doniesieniu o odczycie habilitacyjnym Dr. Ignacego Lembergera w N. 7 „Przegl. Lek.« dano mu mylnie imię Józef.

Notatki bibliograficzne:

— **La peste et son microbe, sérothérapie et vaccination** par le Dr. Netter, professeur. (Georges Carré et C. Naudes, Editeurs. *Paris, rue Racine*, 3. Cena 4 franki.

— **Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge** par le Dr. Marfan, professeur. (G. Steinheil, Editeur. *Paris, rue Casimir-Delavigne*, 2. Cena 10 franków.

— **Biographisches Lexicon hervorragenden Aerzte des neunzehnten Jahrhunderts**, (I zeszyt) przez berlińs. prof. historyi medycyny, Dr. Pagela, wydanie Urbana i Schwarzenberga w Wiedniu. Książkę nader pięknie wydaną zdobi wiele udanych portretów.

— **Terapia ogólna chorób narządów płciowych kobiecych** przez prof. Dr. E. Fraenkla (Wrocław). Przełożyli z niemieckiego Drowie Kopczyński i Lewenstern. Książka ta obejmuje 10 arkuszy druku, zawiera 48 drzeworytów. Cena 1 Rb. 20 kop. (Odczyty kliniczne, wydawane przez redakcyę „*Gazety lekarskiej*“).

— **Mleko i bakterye** przez Dr. Stanisława Serkowskiego. Warszawa 1900.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Malfatti mianow. został prof. nadzw. chemii lekar. w Insbruku. Na miejsce prof. Knolla powołany został długoletni asystent zmarłego, Dr. H. Hehring, jako prof. zwyczajny ogólnej patologii doświadczalnej. Profesorowie nadzw. wojenno-lekarskiej Akademii w Petersburgu: Przybytek, Chołbokowski, Skorowiczenko i Turner mianowani prof. zwyczajnymi.

Nekrologia. W Getyndze umarł Dr. L. Meyer, profesor zwycz. i kierownik kliniki psychiatrycznej, w 72 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lek. polskich: W *Medycynie* Nr. 6: Dr. Korybut-Daszkiewicza B.: Przyczynek do sprawy stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej w celach leczniczych. Kozickiego K.: O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej (dokńcz.). Wizela A.: Metoda »leczenia w łóżku« chorych umysłowych (ciąg dalszy.). W *Kronice Lekarskiej* Z. 3: Kopytowskiego W.: Kilka słów o stosowaniu thioformu w leczeniu chorób wenerycznych i skórnych. W *Czasopismie Lekarskiem* Nr. 2: Dr. Poczobuta I.: Zator aorty brzusznej. Dr. Sterlinga S.: O wczesnych objawach przewlekłych suchot płucnych. Dr. Saksa L.: Trzy przypadki porodu trojaczkami. Dr. Warmana M.: Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy (c. d.). Dr. Fidlera H.: Szpitalnictwo w gubernii Radomskiej (c. d.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 7: Grosglika S: Zwężenie skurczowe przełyku, jako objaw zakażenia moczowego. Dr. Bernhardta R.: Lasecznik zielonej ropy w drogach moczowych (dok.) Rzętkowkiego K.: O wpływie wyciągu mięsnego i ksantyny na wydzielanie kwasu moczowego (dok.)

Redakcya otrzymała:

— Dr. Roth A.: Die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen und die Aufnahme des Quecksilbers bei dieser Behandlung (Odbitka z *Pester med.-chir. Presse* Nr. 1—2, 1900).

— Dr. Arnold W.: Ein Beitrag zur Spectroscopie des Blutes (Odbitka z *Hoppe-Seylers Zeitschrift* itd., 1900).

— Dra Ołtuszewskiego W.: Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryj zboczeń mowy (Odbitka z *Gazety lekarskiej*, 1899).

— Tenże: Siódmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (Odbitka z *Medycyny*, 1900 r.).

— Prof. Fraenkel (Wrocław): Terapia ogólna chorób narządów płciowych kobiecych. Zeszyt 9, 10, 11 i 12 „Odczytów klinicznych“. Przekładu z niemieckiego dokonali: A. Kopczyński i Lewenstern.

— Dr. Kopczyńskiego St.; Przyczynek do symptomatologii i anatomii patolog. przymiotu mózgu, oraz słów kilka o t. zw. „Pseudoparalysis luetica«. (Odbitka z *Medycyny*. 1900).

— Dr. Langie A.: Un nouvel appareil pour mesurer l'astigmatisme régulier de l'oeil. (Odbitka z *Recueil d'ophthalmologie*, grudzień, r. 1899).

— Doc. dr. Korczyński L.: Casuistik der suppurativen Entzündungen der Leber und der Gallengänge als Folge der Cholelithiasis. (Odbitka z *Wiener Med. Presse* Nr. 4, 1900).

Zgromadzenie Ogólne Członków Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich odbędzie się we środę d. 28 lutego b. r. o godz. 6 popoł. ***w sali wykładowej kliniki lekarskiej,*** na które Szanownych Członków uprzejmie zapraszam.

Prof. Dr. Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**